

**FABÍOLA SCHAUFFLER STOCK**

**PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE O  
ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-  
PACIENTE ANTES E DEPOIS DA REFORMA CURRICULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2009**

**FABÍOLA SCHAUFFLER STOCK**

**PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE O  
ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-  
PACIENTE ANTES E DEPOIS DA REFORMA CURRICULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima  
Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Suely Grosseman  
Professora Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maristela Chitto Sisson**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao professor César Semionato por ter me mostrado como pode ser bonita a relação entre médico e paciente e, também, pelo impulso inicial para realização deste trabalho.

As minhas queridas orientadoras, Maristela Chitto Sisson e Suely Grosseman, pelo carinho, atenção, paciência e dedicação.

A minha mãe, pelo apoio e companhia nos momentos de maior tristeza, por acreditar em mim e pela ajuda na realização deste trabalho.

Ao meu pai, pelo apoio e por prover os recursos necessários para minha caminhada até aqui.

Ao meu namorado, Paulinho, pela paciência e companheirismo.

Aos participantes do NEPEME (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Médica), pelo aprendizado e contribuição.

Aos amigos, André e Ana Paula, pela ajuda na realização das entrevistas deste trabalho.

Aos meus grandes e queridos amigos, Ana Laura, Ana Paula, André e Carla, pelo apoio nos momentos difíceis, pelos momentos felizes que me proporcionam, pelo altruísmo e amizade.

## RESUMO

A relação médico-paciente é fundamental para formação médica. Como, em 2003, o curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) implantou novo currículo, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção de estudantes de Medicina da UFSC sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular. A pesquisa foi qualitativa, tipo estudo de caso, utilizando entrevista semi-estruturada, com 25 acadêmicos da 12ª fase selecionados aleatoriamente, por sorteio, do universo de 46. Comparando-se os achados deste estudo com o realizado com estudantes do antigo currículo, constatou-se que o estágio nas Unidades Locais de Saúde (ULS - Módulo Interação Comunitária) foi determinante para o aprendizado de 40% dos entrevistados do novo currículo. Em ambos os estudos, a percepção sobre a relação médico-paciente e sua aprendizagem foi semelhante: todos percebem sua importância, considerando fundamentais atitudes de empatia, respeito, não julgamento, ouvir o paciente e uso de linguagem acessível; em ambos, há acadêmicos com dificuldade na interação com pacientes com doenças graves, incuráveis ou terminais e na emergência; e, os fatores/contextos considerados mais importantes para sua aprendizagem são através de modelos, atendimentos cotidianos e educação familiar. Enquanto no grupo do currículo anterior, os entrevistados sugeriram contato precoce com paciente e comunidade para melhorar o ensino da relação, no do currículo atual, destacou-se a sugestão de maior supervisão desta interação durante o curso e compartilhamento de experiências. Ainda que a aprendizagem da relação médico-paciente possa ser melhorada, os estágios na ULS a potencializaram, representando um avanço conquistado na reforma curricular.

## ***ABSTRACT***

The doctor-patient relationship is fundamental for medical formation. As, in 2003, a new curriculum was implanted in the medical course of the Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), this study had as objective to evaluate UFSC medical students perception about the teaching-learning process of doctor-patient relationship before and after the curriculum change. The research was qualitative, case study type, using semi-structured interview, with 25 academics of the 12nd semester of the course randomly selected of the universe of 46. Comparing the findings of this study with the one accomplished in students of the old curriculum, it was verified that the apprenticeship in the Local Health Units (LHU - Community Interaction Module) was decisive for the medical-patient relationship learning of 40% of the interviewees of the new curriculum. In both studies, the perception about the doctor-patient relationship and its learning was similar: all of them were aware of its importance, considering empathy, respect, judgment avoidance, listening to the patient and the use of accessible language fundamental attitudes; in both, there were academics with difficulty in the interaction with patients with serious, incurable or terminal diseases and in the emergency scenery; and, the factors/contexts considered more important for physician-patient relationship learning were through models, daily attendances and family education. While in the previous curriculum group, the interviewees suggested precocious contact with patient and community to improve the teaching of the relationship, in those of the current curriculum, it was pointed out the necessity of more supervision of this interaction during the course as well as the sharing of experiences. Although the learning of the doctor-patient relationship can be improved, the apprenticeships in LHU potentiated it, representing a progress conquered in the curriculum reform.

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>iv</b>
<b><i>ABSTRACT</i>.....</b>	<b>v</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>4</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>6</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1. A Interação Comunitária como potencializadora do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2. Possibilidades da relação médico-paciente.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3. Atitudes assumidas e necessidades sentidas na abordagem ao paciente.....</b>	<b>36</b>
<b>5.4. O processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente vivenciado e o desejado.....</b>	<b>40</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é fundamental no processo de formação médica<sup>1</sup>, uma vez que constitui a base da prática clínica<sup>2</sup>.

Segundo Ballint<sup>3</sup>, a doença não pode ser compreendida como um fenômeno isolado, mas sim em relação à vida do indivíduo e seu ambiente. Para estabelecimento de uma boa relação médico-paciente é necessário que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença que o aflige. O médico deve incorporar aos seus cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença; além de suporte técnico-diagnóstico, deve conhecer a realidade do paciente, explorar aspectos sócio-familiares e psicossociais desse<sup>4</sup>, tratando-o com respeito e empatia<sup>5,6</sup>.

A relação médico-paciente melhora a qualidade do atendimento; propicia melhores resultados e adesão ao tratamento; melhora o entendimento pelos pacientes de seus problemas e das opções de tratamento; traz maior satisfação para o médico e para o paciente<sup>5-11</sup>; diminui a incidência de queixas por erro médico.<sup>10</sup>

Segundo Grossemann<sup>1</sup> a interação médico-paciente tem importante papel na satisfação profissional dos médicos, gerando energia e disposição, além de contribuir para que esses reflitam sobre a vida do “outro” e sobre a própria vida.

Para alcançar uma boa interação com o paciente, o médico deve ser capaz de estabelecer comunicação efetiva<sup>12</sup>. Segundo Dubé<sup>13</sup>, a comunicação efetiva está na base das habilidades médicas, não somente para o levantamento da história clínica e demais dados, mas para a construção da relação com o paciente, na facilitação, negociação e parceria.

Muitas pesquisas educacionais demonstram que a comunicação é uma habilidade que pode e deve ser ensinada no processo de formação médica.<sup>4, 14, 15, 16</sup> Mesmo assim, problemas na área da comunicação em saúde são frequentes. Muitos pacientes referem que suas preocupações não são elucidadas pelos médicos, poucas consultas incluem educação do paciente e muitos pacientes não entendem ou não lembram o que seu médico diz sobre o diagnóstico e tratamento.<sup>9, 17, 18</sup>

Em 1995, foi adotada uma resolução pelo Comitê de Acreditação em Educação Médica dos EUA (*Liaison Committee on Medical Education*) e pelo Comitê de Acreditação das Escolas Médicas Canadenses (*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools*) afirmando que “as habilidades de comunicação são fundamentais para a educação e o funcionamento eficiente dos médicos” e que “deve haver instrução e avaliação específicas

destas habilidades, já que estão relacionadas a responsabilidades médicas, incluindo comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde”.<sup>19</sup>

O desenvolvimento do ensino da comunicação nos cursos de graduação em medicina impõe-se como campo de conhecimento a ser contemplado nos projetos pedagógicos de formação médica<sup>4</sup> e muitas escolas já prevêem seu ensino no currículo.<sup>20</sup>

Diante da importância da relação médico-paciente na prática médica e a possibilidade de seu ensino-aprendizagem, Stoll<sup>21</sup> e Grossemann & Stoll<sup>22</sup> realizaram em 2005 uma pesquisa quali e quantitativa para conhecer a percepção e as atitudes de estudantes da última fase do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina quanto à relação médico-paciente e seu processo de ensino-aprendizagem. Nesse estudo, os aspectos percebidos como mais influentes no processo de aprendizagem da relação médico-paciente foram os bons e maus modelos, os atendimentos realizados no dia-a-dia e os relacionamentos interpessoais. Muitos estudantes manifestaram dificuldade em lidar com algumas situações e a maioria gostaria que a relação médico-paciente fosse mais abordada durante o curso. As autoras sugerem que o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente poderia ser promovido pelo treinamento em habilidades de comunicação e a criação de espaços para reflexão mediados por professores ou médicos ao longo do curso.

No Brasil, o Ministério da Educação e Cultura, em 2001, definiu novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que contemplam a importância das habilidades de comunicação.<sup>23</sup>

Em consonância com as novas diretrizes curriculares, a Universidade Federal de Santa Catarina implantou, no primeiro semestre de 2003, um novo currículo para o curso de graduação em medicina.<sup>24</sup> O novo modelo de currículo é o integrado modular e prevê um ensino centrado no estudante, visando seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências.<sup>25</sup> A primeira turma no novo currículo formou-se no fim do segundo semestre de 2008.

Este estudo emergiu da necessidade de melhor compreender como os estudantes de medicina estão percebendo o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente após a implantação, em 2003, do novo currículo, comparando-o com a percepção dos estudantes do antigo currículo, na perspectiva de construir conhecimentos para o aperfeiçoamento das práticas profissionais e avanço na Educação Médica.

Espera-se que ele contribua mais imediatamente para reflexões entre professores, alunos e gestores da educação médica, acarretando mudanças que promovam o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, que resultem na promoção da saúde da população.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Avaliar a percepção de estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular

### **2.2. Objetivos específicos**

2.2.1. Identificar a percepção dos estudantes da última fase do internato do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (2008.2) quanto à relação médico-paciente e seu processo de ensino-aprendizagem;

2.2.2.. Comparar os resultados encontrados com aqueles verificados em estudo realizado com estudantes da última fase do curso de medicina de 2005.1 (antes do processo de reforma curricular).

### 3. MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa de investigação,<sup>26</sup> pois seu objeto de estudo foi conhecer valores, concepções e percepções, ou seja, a subjetividade de pessoas, neste caso, os estudantes da última fase do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

O tipo de estudo foi o estudo de caso<sup>27</sup> e a amostra foi composta por de vinte e cinco estudantes do universo de quarenta e seis estudantes pertencentes ao décimo segundo semestre do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. A seleção dos estudantes foi aleatória, por sorteio. Foi mantido o número de 25 participantes como no estudo de Stoll,<sup>21</sup> o qual excede a metade do total de estudantes.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (sob o nº 164/08), os estudantes sorteados foram contatados pessoalmente pelo pesquisador principal. Foi exposto, de forma breve, o tema, os objetivos e o método do estudo, bem como explicitado o comprometimento dos pesquisadores em seguir os preceitos éticos, de manter sigilo e anonimato e de só divulgar os dados após seu consentimento, constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº196 e nº251, de 07/08/97). Foi dada a opção de desistência a qualquer momento aos sujeitos da pesquisa, através de contato telefônico ou e-mail com os pesquisadores.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, realizada pelo pesquisador principal.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário com questões estruturadas para identificação do gênero e da idade dos participantes e com as mesmas questões norteadoras da pesquisa realizada por Stoll,<sup>21</sup> visando obter maior compreensão sobre os seguintes aspectos relativos à relação médico-paciente: seus significados; as atitudes que a promovem; as limitações sentidas no processo de se relacionar com o paciente; atitudes diante de pacientes com câncer ou doença incurável; seu processo de ensino-aprendizagem; reflexões sobre a forma ideal de sua aprendizagem (ANEXO 1).

Na data da entrevista, o teor e as finalidades da pesquisa foram novamente explicados aos entrevistados, sendo aberta a possibilidade de indagações e esclarecimentos a respeito do estudo. Em seguida foi pedida a concordância para que a entrevista fosse gravada e após esses procedimentos foi perguntado ao sujeito se ele mantinha sua participação na pesquisa. Com a

concordância do entrevistado, foi-lhe solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

As entrevistas foram numeradas de um a vinte e cinco, para identificar os sujeitos, respeitando o caráter sigiloso e anônimo das informações, as quais somente os pesquisadores tiveram acesso. Seu processo de registro foi por meio de gravação em MP3, com posterior transcrição em papel pela pesquisadora.

Após transcrição e leitura das entrevistas, seguiu-se a análise das falas dos acadêmicos. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo com a técnica categorial.<sup>28</sup> Foi realizada uma leitura vertical e horizontal das entrevistas, quando foram destacadas as categorias e segmentos relevantes do texto. A seguir, os resultados finais foram comparados aos dados secundários, apontados no trabalho de conclusão de curso de Stoll,<sup>21</sup> realizado no ano de 2005.

## 4. RESULTADOS

Entre os 25 estudantes que participaram da pesquisa, 13 eram do sexo feminino e 12 do masculino. A média da idade foi 24,36 anos (DP=1,64).

**Ao refletir sobre o valor da relação médico-paciente**, os participantes referiram que ela é um aspecto fundamental da Medicina. Em suas palavras:

Para mim essa relação representa a pedra angular da medicina. (E19)

Eu acho que a relação médico-paciente é primordial para um bom atendimento. (E25)

A relação médico-paciente é um alicerce, um pilar do exame clínico. (E21)

Eu acho que a relação médico-paciente é fundamental. Primeiro tem que conquistar a confiança da pessoa, se ele não confiar em ti, não vai acreditar no seu diagnóstico, vai duvidar, se você não conquistar a confiança, ele não vai acreditar em você, e você não vai conseguir ajudar seu paciente. (E4)

Acho que para mim a relação médico-paciente representa a base da medicina, sem a qual não tem como desenvolver um bom trabalho. Então o valor é muito importante, visto que sem uma boa relação médico-paciente todo o conhecimento técnico não vai ser colocado em prática, porque se o paciente não confiar em ti ele não vai seguir as tuas recomendações. (E24)

Eu acho que a relação médico-paciente vem em 1º lugar. Eu acho que se tu não consegues estabelecer uma boa relação, tudo que tu vais fazer, vai ficar comprometido, acho que está em 1º lugar. (E9)

A maioria dos estudantes percebe que a **função da relação médico-paciente** é o estabelecimento de um “vínculo de confiança” com a pessoa. Muitos relacionaram a boa relação médico-paciente com a melhoria da qualidade do atendimento médico, de forma geral. Mencionaram também que a boa relação tem o mérito de ***deixar o paciente “mais à vontade”, facilita a compreensão dos sofrimentos do paciente e propicia o acolhimento.***

... É uma relação de confiança, o paciente tem que confiar na gente pra poder contar os seus problemas, o que mais aflige, as principais preocupações, principalmente a respeito da doença. Eu acho que a importância é a gente manter o vínculo... Eu acho que o mais importante é a relação de confiança, para que o paciente realmente consiga expressar as coisas que está sentindo... (E16)

... A relação médico-paciente é importante pro paciente, pra ele sentir-se totalmente à vontade e com vontade de contar os problemas de sua vida... (E10)

Pra mim a relação médico-paciente significa tu teres a percepção do sofrimento do paciente ou, pelo menos, tentar compreender ao máximo, até um pouco da percepção do paciente

sobre o processo saúde-doença. Na medicina, pelo que eu vi, por tudo que eu já passei, a gente vê que tem pessoas muito diferentes e, às vezes, com algumas pessoas a gente tem mais afinidade, outras a gente tem menos afinidade, mas de maneira geral a gente tem que tentar passar por cima dessas diferenças pra poder entender o que aquele paciente está passando... (E22)

Eu acho que a relação médico-paciente é uma das coisas mais importantes, porque às vezes não temos condições de curar o paciente, ou não sabemos qual é a doença dele, mas sabendo acolher o paciente, quem sabe conseguimos alguma coisa. (E14)

Para mim representa não só o início, não só o meio do atendimento, mas também aquele segmento que vai fazer com que o paciente faça ou não o que a gente propôs a ele. Acho que não adianta a gente pensar só nas melhores tecnologias, nos melhores medicamentos, porque ele não vai dar tanta importância. (E25)

... É uma relação muito importante, tu tens que saber captar as mensagens que o paciente está te passando e, só por meio disso, que tu vais poder ajudá-lo depois, então devemos saber quais são as queixas e principalmente saber qual é o impacto disso na vida dele. (E12)

Se você não tiver uma boa relação médico-paciente, não adianta você ter todo o conhecimento do mundo... Você não vai conseguir convencer o paciente a fazer nada daquilo que você está querendo e não vai trazer benefícios pra ninguém, você vai ter o conhecimento só pra você. (E19)

... O meu cliente é o paciente, é a pessoa, o motivo pelo qual estou trabalhando, então acho que ele é o centro do que eu estou fazendo, é o centro do meu trabalho. Se eu não consigo estabelecer uma relação adequada com o centro do meu trabalho, eu não consigo desenvolver meu trabalho, é até um motivo meramente técnico... (E3)

A importância da relação médico-paciente pra mim é que sem ela você não consegue fazer Medicina, você não consegue estabelecer um diagnóstico, você não consegue tratar o seu paciente. Na verdade, você não consegue nem ajudar o seu paciente, não consegue tratar a doença dele. Sem uma relação bem estabelecida com o paciente não consegue nem dar apoio, suporte e, às vezes, é só isso o que o paciente precisa, mais do que um tratamento alopata. (E1)

Quanto às **possibilidades da relação médico-paciente**, as razões elencadas foram que uma boa relação estrutura melhor a consulta, de forma geral. A comunicação e a confiança obtida através da relação médico-paciente seriam fatores importantes para ***obtenção de informações*** durante o atendimento médico, influenciando o diagnóstico e tratamento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança para que o paciente consiga te passar as dúvidas e os conhecimentos, as coisas necessárias pra gente desenvolver um raciocínio e fazer um diagnóstico. (E16)

... O valor da relação médico-paciente eu acredito que seja um valor equivalente ao da anamnese e do exame físico porque é através de como se dá essa relação que se pode obter mais dados pra se chegar ao diagnóstico, pra direcionar o tratamento, para, enfim, resolver o problema do paciente.(E6)

... É através da relação médico-paciente que o paciente vai conseguir se abrir ou não com o médico e falar as suas intimidades, os seus problemas... Então ela é a porta de entrada para o médico conseguir resolver os problemas do paciente. (E17)

O valor da relação médico-paciente é muito importante, já que é através dela que eu tenho a possibilidade de conversar, fazer diagnóstico e facilitar a conversa entre médico paciente para poder decidir tratamento, acompanhamento ou qualquer outra coisa. (E5)

Ela é também um aspecto imprescindível para o bom tratamento do paciente. Isso que eu vejo de antemão em relação à relação médico-paciente. É algo vital para o diagnóstico e o tratamento do paciente. (E21)

Um aspecto bastante enfatizado foi a influência desta relação na *adesão ao tratamento*.

... O paciente, em se tendo uma relação boa com o médico, aceita melhor a terapia, adere melhor à terapia, procura ter interesse em saber como que é a sua doença, confia mais no médico e também no tratamento que está sendo realizado com ele... Porque às vezes o paciente não acredita, não é que não acredita, não tem uma boa relação e não adere bem, acha que não tem necessidade de tomar o remédio, acha que o médico não explica bem a doença que ele tem... O paciente acaba que não conhece a si mesmo e, às vezes, pára o tratamento por conta própria. Por exemplo, na hipertensão, se o paciente tem uma má relação com o médico, pra ele tá bom, não sente nada, não faz a medicação... De repente, ele pára de tomar a medicação, acha que não precisa, porque o médico não explicou direitinho pra ele a necessidade da medicação. (E8)

Se tu tiveres uma má relação, tu não vais conseguir instituir tua terapêutica de maneira correta. O paciente vai fazer um tratamento irregular, se ele não tem confiança em ti, ele não vai acreditar naquilo que tu estás propondo e vai acabar sendo daqueles pacientes que fica de médico em médico, faz 10 mil tratamentos pra um problema simples e não consegue resultado. (E22)

Acho que a relação médico paciente é que vai iniciar a relação de confiança entre os dois (médico e paciente) e isso é o básico para ti poder oferecer alguma uma idéia tua, oferecer um tratamento teu e essa pessoa aceitar. Ela representa a relação básica de confiança mesmo... Acho que é o essencial para que tratamento consiga evoluir e o acompanhamento também... O valor da relação é o tratamento que virá depois. (E20)

... Muito dos diagnósticos e dos tratamentos “mal feitos” são baseados nessa não escuta, às vezes tem uma história familiar importante e você não pergunta nada sobre a família do paciente... E até de aderência ao tratamento, se ele não te entender não vai aderir. (E3)

Alguns estudantes expressaram que, na ausência da boa relação médico-paciente, não é possível ajudar ou apoiar seus pacientes, mostrando o caráter fundamental da interação para a prática médica em si.

**Quanto às condições e atitudes necessárias para o desenvolvimento de um bom relacionamento com o paciente**, diversos aspectos foram abordados e, dentre eles, o mais

citado, foi a ***empatia***. Os estudantes percebiam a importância de colocar-se no lugar do paciente, procurando compreender suas angústias.

Acho que é a parte da empatia... De se colocar no papel do paciente e tentar fazer de tudo pra que ele se sinta o mais “abraçado” possível, no sentido de ser bem atendido e ter a melhor conduta pro caso dele. (E9)

Eu acho que o mais importante é tu te colocares no lugar do paciente, ver se fosse com o teu pai, ou se tu tivesses naquela situação, como é que tu gostarias que agissem contigo, acho que isso é o mais importante, saber se pôr no lugar do paciente. (E14)

... Empatia é fundamental... É entender o sofrimento da pessoa por maior ou menor que ele seja. (E19)

As atitudes? Sempre se colocar no lugar do paciente, pensar como que ele gostaria de ser tratado, acho que é mais por aí. (E10)

Além disso, foram citadas outras atitudes fundamentais, como ***simpatia, paciência, ética, cuidado e amizade***.

Acho que o médico deve ser simpático, ser receptivo, dar atenção ao paciente, acima de tudo sempre com ética. Ser atencioso com o paciente, tentando identificar qual realmente é a necessidade dele. (E24)

... Tentar não cansar de ouvir o paciente, assim, tentar ser paciente com todos, compreender, tentar perder mais tempo mesmo. (E2)

... Tentar se colocar à disposição sempre, tem que ter maior atenção possível com o paciente, cuidar. Na Medicina a gente está atendendo, então, tem que tentar ser o mais amigo possível do paciente, cuidar dele... (E14)

Alguns estudantes citaram a importância de tratar o paciente com ***respeito*** e demonstrar ***atenção***. Percebia-se que atenção e ***interesse*** são atitudes valorizadas pelos pacientes, aumentando a satisfação desses em relação ao atendimento médico.

... Eu sempre escutava isso no início da faculdade, mas a gente vai aprendendo isso com o tempo, vai vendo que isso é realmente o que acontece: os pacientes valorizam mais os médicos que dão mais atenção pra ele do que aquela tecnologia, aquele medicamento de ponta. Não só os pacientes, mas a gente também sente isso quando é paciente. (E25)

... Primeiro de tudo respeito com o paciente, fazer o paciente se sentir bem... (E11)

... Deve demonstrar interesse em ajudar o paciente, mesmo que eu não saiba necessariamente o diagnóstico, ou as condutas. Deve sempre demonstrar interesse, o paciente percebe isso, quando tu demonstras interesse, mesmo que tu não consigas resolver o problema dele, ele sai agradecido, e sai bem do atendimento. Então é isso, demonstrar interesse, até porque têm pesquisas que demonstram que a qualidade mais valorizada pelo paciente é justamente

aquele médico que é atencioso e, não necessariamente, aquele que tem o conhecimento técnico maior, isso é... São estudos que demonstram. (E15)

... E respeitar as opiniões do paciente, porque geralmente o paciente chega com as suas crenças, as coisas que ele acredita, fala que fez algumas coisas... Eu acho que a gente não deve ficar criticando. (E20)

Elementos da comunicação verbal foram mencionados com frequência. Os estudantes enfatizaram a necessidade de *saber ouvir o paciente e deixá-lo falar*, utilizar *linguagem acessível*, adequando a fala ao entendimento do paciente; colocar-se à *disposição para esclarecimento de dúvidas*, *explicar os problemas*. Também foi lembrada a importância de *identificar-se ao paciente*, *cumprimentá-lo*, *fazer perguntas sobre o seu cotidiano* e, até mesmo, *brincadeiras com o objetivo de deixá-lo à vontade*, seguro e com liberdade para se expressar.

Bom, eu acho que primeiro tem que entender o que o paciente fala, escutar bastante o que o paciente fala, às vezes, a gente está mais preocupado em explicar as coisas do que realmente ouvir o que o paciente tem pra falar, ver quais são as queixas. Às vezes, a gente usa muitos termos técnicos, que o paciente nem sabe o que é, então, falar uma linguagem simples para o paciente entender bem o que o médico está falando e, na verdade, explicar tudo de uma maneira que ele possa entender pra que ele possa, junto contigo, tomar uma decisão sobre o diagnóstico e o tratamento. (E5)

... Procuro saber mais sobre o paciente, perguntar de onde ele é, o que faz, faço uma brincadeirinha, às vezes até pergunto o que a pessoa gosta de fazer, como é que foi o dia, sempre procuro alguma coisa em comum com a pessoa. Às vezes, falo um pouco de mim: eu sou de Curitiba e tal, os meus pais são de Santa Catarina, por exemplo, procuro alguma coisa em comum com o paciente pra ele sentir mais segurança. (E8)

... Tentar ser o mais educada possível, explicar, no caso nosso, como a gente ainda é estudante, que a gente é estudante, que tem uma supervisão adequada ao atendimento... Perguntar tudo que cabe à ocasião, deixar com que ele fale também, às vezes eles não vão contar direto, mas se der uma abertura eles contam. (E12)

... Deve explicar ao paciente sobre a doença, o quê que vai ser feito com ele, explicando o porquê do quê está acontecendo com ele, dos sintomas que ele ta sentindo. E o valor dessa relação é principalmente essa troca de informação, acho que o paciente sempre tem que está bem informado sobre aquilo que ele está passando e deixar bem aberto pra qualquer dúvida que ele tiver, sempre poder esclarecer as dúvidas do paciente. (E9)

... Deve cumprimentar, se identificar... Eu faço toda a minha identificação, falo que sou estudante e que estou ali pra ajudar... (E11)

... Explicar numa linguagem que seja acessível para o paciente, que ele te entenda e que ele participe junto dessa tentativa de melhora, tanto numa doença mais simples, quanto mais complexa. (E12)



Por outro lado, elementos da comunicação não verbal também foram mencionados, como a ***linguagem corporal e gestual, como tocar o paciente, sorrir e olhar***:

Ao entrar em um ambiente sorrindo você terá mais portas abertas do que fechadas. Então eu acho que o primeiro passo para ter uma boa relação médico-paciente é um sorriso no rosto. Todo mundo, na verdade, e principalmente o paciente quando vem para uma consulta ele já vem com seriedade, ele já vem com preocupação e o que ele precisa é uma feição confortável, que traga conforto. (E21)

... Por parte do médico acho que a pessoa tem que olhar sempre no olho, não ficar naquela coisa de anotar tudo o que o paciente tá falando, deixar ele falar, ter uma fluência... (E22)

Tem algo que a gente até aprende muito na faculdade, que a gente vê que é muito importante, é o toque... Então tu toques no teu paciente, cumprimentar, dar a mão, mesmo um paciente que nem eu falei, isso eu tento fazer, paciente que tá ali no pronto socorro, no pronto atendimento mesmo, tu cumprimentar ele, dar a mão, apertar... (E13)

Alguns entrevistados comentaram a importância de ***individualizar o atendimento e adequar-se ao paciente, não julgar/não ter preconceitos***, mas ***orientar conhecimentos necessários, valorizar suas queixas, não impor decisões e não interferir nas crenças religiosas ou semelhantes***:

... Tu tens que ter com cada paciente uma relação diferente, então, tu tem que saber se adaptar, e é isso que eu sempre procuro fazer com os pacientes. (E9)

Número um é escutar, a segunda coisa é compreensão, evitar julgar, tem que se policiar... Não, não, não vou julgar... Às vezes a gente julga muito. Veio um casal, casados há 16 anos, ele é HIV positivo e já sabe disso há quatro anos, mas não contou pra mulher e ela não se cuida, fez um exame agora e ficou sabendo. Poxa, dá aquela raiva, porque ele não contou pra ela, claro a gente pensa, ele pode ter traído, usado drogas, etc, tem toda aquela dinâmica familiar, social, e aí você tem medo de se intrometer, então a gente tem que aprender a compreender e não julgar as pessoas. (E3)

... Acho que deve valorizar 100% do que o paciente está falando; isso não significar não “cortar” o que o paciente fala, ficar duas horas numa consulta... Pode ser uma consulta de dez minutos, mas você deve passar pra ele que está interessado no que ele está falando. (E2)

... Tentar não ser preconceituoso, tentar não demonstrar idéias muito contrárias, porque cada um tem o seu pensamento e se tu barras uma pessoa em qualquer idéia que ela tenha tu podes criar uma barreira mesmo na relação que tu estás tendo. Então tento ser bastante receptiva e quando tem que falar alguma coisa que o paciente não gosta, alguma coisa que ele vai ter que mudar seu hábito muito, tento fazer de uma maneira não impositiva, fazer a pessoa entender que aquilo vai ser bom pra ela, não que eu estou mandando, que ela é obrigada a fazer, mas que é o que o pensamento médico acha que seria bom pra ela. Tentar convencer de uma maneira não muito impositiva. (E20)

... Deixar, dentro da nossa limitação de tempo, o paciente se expressar o mais livremente possível. Outra coisa que eu acho importante é não desfazer crença de ninguém, porque às vezes vem um paciente com outro tipo de crença, questão de acreditar em deus ou espírita, ou o que seja. Não tem porque desfazer a crença de ninguém. Se a pessoa acredita em

alguma coisa, desde que ela se sinta bem e não interfira no tratamento que tu vais propor... (E22)

... A gente está numa posição, talvez não seja superior, mas pra ele, pro paciente, a gente é uma pessoa superior, então, a gente tem que tentar se adequar a ele, pra poder ajudar da melhor forma possível. (E1)

Alguns reconhecem a ***necessidade de compreensão do modo de vida de seus pacientes, bem como da observação de como interpretam a doença, para melhor manejo dos problemas***. Além disso, muitos percebem a necessidade de buscar e entender as dimensões psicológicas, sociais e culturais da doença, sendo citada a ***importância do momento em que o médico atinge o universo cultural do paciente e consegue fazer com que este compreenda sua situação, seu estado de saúde***.

Acho que procurando compreender o contexto do paciente, não só a queixa principal dele, mas todo o ambiente social no qual ele está inserido, procurando entender o que vem por trás dessa queixa e além da queixa principal dele o que trouxe o paciente ao consultório. (E18)

A gente tem sempre que tentar buscar o principal problema que ele (o paciente) tem e, claro, abordando também os aspectos psicológicos, tentar conhecer o paciente... Tem pacientes que vão ao consultório e não sabem o quê querem de ajuda, então a gente tem que tentar conseguir por vários lados, claro, perguntando sobre a família, se tem alguns problemas familiares, sempre se preocupando com os aspectos psicológicos da pessoa. (E16)

Outro ponto observado refere-se à ***estrutura física do atendimento***, indicando que um ***espaço confortável, associado à privacidade***, poderia favorecer a interação médico-paciente.

Eu acho que a primeira coisa é dar espaço para o teu paciente. Eu acho que tu tens que deixar ele se sentir à vontade. Desde detalhes pequenos, como o ambiente, às vezes ele está num ambiente onde ele se sente confortável, num ambiente que as pessoas não fiquem interrompendo a conversa, acho que tem que ter privacidade, o paciente tem que poder falar as coisas pra ti sem que tenha ninguém entrando no consultório. (E22)

Alguns estudantes mencionaram que deve ser levada em consideração a ***desigualdade expressa na relação médico-paciente***. O médico, em geral, é visto em posição de superioridade pelo paciente, enquanto esse, ao procurar atendimento, geralmente se encontra emocionalmente fragilizado.

... O paciente chega, no hospital ou no Posto de Saúde, muito inseguro, com medo da notícia que vai receber, do tratamento que vai ter, enfim, chega muito inseguro, numa situação até inferiorizada... (E2)

... O paciente sempre fica numa posição desfavorável, então, mesmo que ele não tenha se sentido satisfeito, não tenha se sentido compreendido, a inibição muitas vezes o impede de dizer pra ti que não era isso ou que não entendeu. (E3)

**Quanto às dificuldades de relacionamento com o paciente**, o aspecto mais comentado foi a *limitação da interação nos setores de emergência*. Os estudantes mencionaram prejuízo da relação médico-paciente nestes setores, *pela grande demanda/falta de tempo, pela falta de acompanhamento dos pacientes, pela demora para chegar ao atendimento e consequências destas questões sobre a atitude dos pacientes em relação ao profissional*.

Acho que o problema maior da relação é a emergência. Quando estás na emergência é uma situação complicada, pra falar a verdade, porque tu nunca visses o paciente, ele aparece uma vez pra ti e, às vezes, tu nunca mais vais ver esse paciente e tu tem que tentar passar confiança ou extrair o máximo do paciente naquele curto período. Então nessas situações eu acho que realmente fica complicado estabelecer a relação médico-paciente. (E22)

... Em algumas situações tem que ter uma relação mais superficial, por exemplo, na emergência, acaba sendo mais objetivo, atende mais rápido, acaba não tendo uma relação mais profunda. (E8)

Na emergência há uma grande dificuldade pela falta de acompanhamento do paciente. (E5)

... Com pacientes de emergência, você não tem tempo pra resolver, você não tem tempo de sentar com o paciente e conversar direito. São coisas que nem sempre são emergências, mas são pacientes que não são de ninguém, não são de posto, não são de clínica, não são de lugar nenhum e vão à Emergência buscando resultado e você não consegue fazer uma relação médico-paciente adequada pelo fato daquele ambiente ser caótico, ser estressante, ter a pressão de atendimento, do tempo. (E19)

Nas situações em que o paciente está mais estressado, é mais complicado de se relacionar com ele. Geralmente na emergência, quando já tá esperando há algum tempo e tem alguma dificuldade porque o paciente não colabora, às vezes fica mais difícil colaborar com ele. (E24)

... Tenho um pouco de dificuldade no Pronto Socorro, com pacientes no pronto atendimento, até nem é um paciente grave, que eu tenho dificuldade, mas o paciente que está seis horas, dez horas ali esperando, ele vem muito irritado e, às vezes, não é uma coisa que depende muito da gente, eles não entendem muito o nosso lado... eu não tenho muito perfil de emergência, assim, eu gosto de sentar, conversar, falar, então eu tenho dificuldade em ser muito dinâmica, eu gosto de ter mais paciência. (E13)

Destacaram-se as *dificuldades* de vários alunos com os problemas encontrados diante de *pacientes com doenças psiquiátricas, idosos, doenças graves ou estados muito debilitados*

Eu tenho dificuldade pra estabelecer uma relação quando o paciente é muito idoso e tem uma série de problemas, pela situação dele mesmo, tem que tentar ajudar, procurar juntos uma saída, nem sempre ele (o paciente) está num momento em que consegue se ajudar, então a gente tem que trabalhar junto. (E4)

... Um paciente psiquiátrico também é difícil, às vezes é mais complicado estabelecer a relação porque tem déficit cognitivo, às vezes tem uma doença de causa orgânica. (E9)

Bom, uma quando o paciente está num estado que não tem condições de responder, por exemplo, um paciente muito debilitado, é muito difícil a gente lidar por causa de sua condição de saúde. (E11)

... Pacientes mais graves também são mais difíceis, tu acabas te envolvendo mais com o paciente e, às vezes, tu não sabe lidar bem com a situação ainda... (E14)

Todos os estudantes mencionaram atitudes dos pacientes que limitavam um bom relacionamento. A atitude mais citada como prejudicial foi a ***agressividade. Pacientes apreensivos, sérios ou fechados*** também foram considerados “difíceis”, assim como ***pacientes revoltados, bravos, desrespeitoso, poliqueixosos e com baixa capacidade cognitiva***.

Às vezes, quando o paciente é muito agressivo, não consigo “acertar” muito o paciente ou se já chega naquela situação de defesa assim, eu também não consigo... ou se já chega brabo, chega de mau humor, não consigo ter uma boa relação assim, mas procuro sempre manter a calma, perguntar da onde que a pessoa é, o que a pessoa faz, e tal. Também pacientes poliqueixosos... Não consigo lidar muito bem, não consigo objetivar as perguntas. (E8)

Talvez um paciente assim que não consegue se abrir tanto e quando envolve alguma falta de respeito assim, mais nesse sentido, noutros sentidos eu acho que não. Paciente mais agressivo eu também tenho mais dificuldade. (E10)

Quando o paciente chega embotado ou quando revoltado... Quando o paciente tá muito apreensivo com o seu estado e não conseguiu esclarecer aquilo com ninguém ainda também é bem difícil... Às vezes eles não querem falar, e quando estão revoltados a gente realmente não consegue entrar no vínculo com o paciente, entrar na conversa, não consegue manter nenhuma relação. (E16)

Pois é... Eu, na verdade, sinto mais dificuldade quando o paciente é mais quieto, é mais sério, tem mais pudor. Eu sou muito extrovertido, então, acho mais fácil me relacionar com o paciente que chega, também, mais falante, contando histórias. (E1)

Eu acredito que é mais quando o paciente tem pouca capacidade cognitiva e, às vezes, não consegue informar aquilo que a gente quer saber. (E6)

Quando o paciente não tem um grau intelectual muito avançado, por exemplo um paciente que não entende as coisas, que não compreende direito, por mais que a gente tente usar um termo mais leigo, não usar jargões, tentar ficar na situação do paciente, é difícil né... às vezes não entende direito como que toma a medicação, enfim... (E11)

Por outro lado, o paciente foi também citado como fator limitante para boa interação em alguns casos, por seu ***preconceito em ser atendido por estudantes ou por mulheres jovens*** quando vem em ***busca de benefícios secundários*** ou ***exigindo determinada conduta***.

... A maior dificuldade foi com o paciente não querer ser atendido por um estudante, acho que às vezes tem uma barreira muito forte, e aí tu não consegue estabelecer, é uma coisa difícil... ou mesmo por ser mulher, o homem tem uma certa dificuldade pra aceitar... a idade também, por ser novinha, ele não acredita muito que a gente possa orientar da forma correta, então, eu vejo isso como uma dificuldade pra estabelecer a relação. (E9)

... Alguns (pacientes) não confiam em ti porque sabem que tu és estudante e a gente se depara com pacientes que falam: “ah, mas é tu que vai me atender? Mas assim novinha, cadê o médico?”. (E23)

Eu tenho mais dificuldade pra estabelecer uma relação quando o paciente quer um benefício secundário. (E4)

O paciente mais difícil dentre todos os tipos de pacientes, é o paciente rebelde ou o paciente simulador... Ele já vem pro médico com um propósito, e o teu propósito como médico é sempre melhorar a situação de saúde e doença dele, e às vezes o paciente já vem com um bloqueio pra isso, ele já vem querendo pedir um raio-X, pedir um exame, já vem ele mesmo com o seu diagnóstico, com a sua conduta... (E11)

Os entrevistados revelaram dificuldades para lidar com determinadas situações, como ***quando o paciente chora, quando familiares interrompem a consulta*** e quando os ***pacientes desenvolvem resistência aos profissionais e tratamentos e não confiam no que está sendo proposto***.

Ah! Eu tenho um exemplo... Quando acontece do paciente começar a chorar. O médico do posto fala que toda vez que isso acontecer você deve deitar o paciente, deixar o mais a vontade possível, então fica do lado, dá a mão e fica parado, não precisa falar nada. Eu não sei se é assim que deve ser... (E2)

Então o que dificulta é o cansaço, paciente agressivo, paciente prolixo, porque cansa, tem que direcionar, também não pode cortar muito a pessoa, acaba cansando... Também quando tem familiar que fica junto interrompendo, fica exigindo, coisas assim geram algum desconforto em ti... Ou quando a pessoa fica com aquela cara assim de que não tá prestando atenção no que tu estas falando, não vai seguir o que você fala, desanima... (E3)

Tenho dificuldades com os pacientes que já vem com aquela carga negativa de outros médicos, de outros tratamentos que já fizeram... Ou que tem algum problema crônico que não se resolveu e vem ali desconfiado porque acha que não vai dar certo novamente... Acho que esses pacientes são bem difíceis, porque eles já passaram por várias etapas que não trouxeram um resultado bom e então já chegam achando que não vai dar certo de novo. (E20)

Quando o paciente chega meio na defensiva, chega pra ti reclamando de que o tratamento não deu certo, que acha que o remédio não adianta, às vezes ele traz os problemas de casa e

descarrega tudo no consultório. Acho que essas são as situações que eu mais sinto dificuldade. (E25)

Ao refletirem sobre as **atitudes frente a pacientes com câncer ou alguma doença incurável**, alguns estudantes *buscam apoiar e confortar os pacientes e seus familiares*. Nesse sentido, *procuram ter cuidado e delicadeza, tratá-los empaticamente e esclarecer possíveis dúvidas*.

Acho que nessas horas, quando não tem mais um tratamento de cura, só o paliativo, tu tens que tentar transmitir conforto para o paciente e deixá-lo o mais tranqüilo possível. Tirar a ansiedade, principalmente a ansiedade dos familiares que estão por perto... Então é mais no sentido de conforto e palavras de suporte principalmente. Eu acho que o apoio familiar nessas horas é importante e a equipe de saúde tem que saber trabalhar com a família também. (E9)

Eu sempre tento esclarecer a pessoa das condições e também dar um conforto, a gente sempre tem que esclarecer que o máximo possível será feito para aliviar os temores, as dores, as preocupações que a pessoa tem aquele respeito. (E16)

Tem vezes que o paciente precisa mesmo é de informação pra se sentir mais tranqüilo. Então na verdade com esses pacientes procuro conversar com delicadeza e cautela... (E21)

Todos os alunos demonstraram **despreparo para comunicação de más notícias**. Muitos deles **sugeriram que esse assunto fosse mais abordado** durante o curso de Medicina.

Acho que poderia ter algumas coisas sobre como lidar com as pessoas, como lidar com certas situações, como comunicar falecimento de um paciente ou como falar sobre um prognóstico muito reservado. (E4)

Uma coisa que já foi até discutido em algum seminário, é que faltou um pouco de teoria sobre como abordar pacientes terminais, pacientes mais complicados, sobre como chegar nesse assunto. (E12)

Acho que essa abordagem de paciente com doença incurável, com câncer, até como abordar um óbito, como comentar com o paciente, com os familiares. Eu acho que isso não foi abordado e, ao final do curso, tu te vês nessas situações e tu não sabes como abordar, tu acabas vendo os outros profissionais mais experientes, acabas acompanhando e sentes a tua necessidade de não fazer igual, entende? Mas também tu não sabes como abordar, te vês sozinho, então acho que é uma das grandes dificuldades. Eu acho que poderia ter sido abordado e ajudaria bastante a melhorar. (E18)

Acho que de repente poderia ter um pouco mais de aula sobre Psicologia, para entender um pouco melhor o paciente. Às vezes aprender alguma forma de abordar o paciente, principalmente na parte de dar diagnósticos difíceis, porque sempre é um desafio para o médico. (E24)

Muitos acadêmicos lembraram a ***importância de dar esperanças*** ou, ***ao menos, não tirá-las*** do paciente. Dois deles enfatizaram a importância de ***não se estabelecer limites e previsões de datas, evitando definir uma espécie de “sentença” de morte***.

Acho que deve dar uma esperança, mas também não dar tanta esperança, não podemos tirar tudo do paciente, tu não és Deus... Então, na verdade, tem que dizer que está ali pra ajudar e confortar o paciente. (E14)

Falar de uma maneira séria, que ele entenda que realmente as chances são menores de sobrevida, mas abordar de uma maneira que ele entenda o que está acontecendo, mas sem retirar totalmente as esperanças dele. (E5)

Ma maioria das vezes, eu procuro explicar, não de forma brusca, dizer qual é a real situação, mas sem tirar as esperanças. Esclarecer as dúvidas, vantagens e desvantagens do tratamento, mas não fixar uma data. Também mostrar que a gente está fazendo tudo que está ao nosso alcance para ajudar o paciente, indiferente de qualquer situação dele, da chance de sobreviver ou não. (E4)

... Tem pacientes que falam: “fulano de tal falava que eu ia morrer em três meses e eu estou vivo há dois anos ou falaram que eu ia morrer e estou vivo até hoje”, então a gente não sabe. Então é assim, a gente não sabe e não precisa saber tudo, não devemos querer saber tudo, dar resposta pra tudo... Pode ser bem grave, mas a gente pode tratar, ele pode morrer, mas também pode viver e viver bem. (E3)

Também falaram sobre a necessidade de ***esclarecer ao paciente sobre as possibilidades de tratamento apesar das impossibilidades de cura*** de determinados problemas, no sentido de ***valorizar e promover a qualidade de vida***.

... Lembro de uma vez que, num estágio da clínica, tinha que ser dado diagnóstico de HIV a uma paciente e essa paciente estava muito preocupada porque a doença não tem cura... Uma coisa que aprendi, acompanhando o médico que fez o atendimento, é que a doença não tem cura, mas tem tratamento. Depois que eu tive contato com essa forma de enxergar, passei a agir assim. Ao atender um paciente com diagnóstico de tumor ou doença infectocontagiosa, eu acho importante passar pro paciente que a doença pode ser incurável, mas ela tem tratamento e que a gente vai fazer tudo que for possível para melhorar a qualidade de vida do paciente. (E1)

Agora na 12ª fase uma médica falou: “nunca fale para um paciente que não tem mais o que fazer por ele, não pode falar isso para a pessoa”. Quando ela falou isso, foi como me dar um tapa na cara, eu acho que já falei isso milhões de vezes: “olha a gente não tem mais o que fazer por ti”. Nunca ninguém tinha me falado isso, eu achei importante ela falar. Nunca devemos tirar as esperanças das pessoas, não é questão de enganar ou esconder, tentar mostrar a verdade, explicar que é uma doença que talvez não tenha cura, mas a gente pode tentar tratar, a gente vai fazer o máximo que a gente puder, a gente vai dar um jeito de ajudar. (E3)

... Falar calmamente, explicar devagar, explicar que tem algum tratamento ainda que pode ser tentado e que a gente está ali para ajudar e dar o apoio necessário. (E12)



Quando estou diante de um paciente com um câncer, tento explicar pra ele de uma maneira simples que ele tem câncer, que se tiver a possibilidade, a gente vai fazer o tratamento e que sempre o nosso objetivo, além de curar, é resgatar um pouco da qualidade de vida. (E13)

Alguns estudantes relataram que a ***atitude assumida não difere daquela tomada em relação a pacientes com outros diagnósticos ou com melhores prognósticos***.

A relação que eu tenho é como com os outros na enfermaria, por exemplo, o paciente que tem câncer eu trato como o outro do lado que está ali por uma angina ou qualquer outra coisa. (E20)

Normalmente a pessoa já sabe o diagnóstico e a minha atitude não é diferente da atitude com outro paciente. (E6)

A minha atitude é a mesma, como com qualquer outro paciente. Procuro tentar ser mais compreensível, mas não... Não tem nada de diferente que eu vá fazer com eles. (E17)

Quanto à ***revelação do diagnóstico em doenças fatais***, muitos entrevistados mencionaram que ***nunca haviam protagonizado estas situações***, mas todos já haviam presenciado comunicações desse tipo, apesar de ***não terem recebido orientação específica sobre o manejo nestes momentos***.

Além disso, alguns estudantes mencionaram a ***observação de bons exemplos***, enquanto outros presenciaram ***condutas inadequadas***.

Algum paciente que tenha tido diagnóstico na minha frente? Porque eu nunca dei a notícia... Estava a nossa staff e a residente junto e elas tinham a obrigação de dar a notícia, eu apenas as vi dando a notícia pra paciente. (E2)

Olha essa pergunta é a mais difícil de todas. Nunca ninguém me ensinou a fazer isso, nunca. (E3)

Bom, nunca tive a oportunidade de chegar e contar a uma pessoa que ela tem uma doença incurável ou coisa assim. Normalmente, quando eu converso com um paciente, ele já sabe o diagnóstico. (E6)

Que atitude? É a parte mais complicada, digamos assim... Acho que eu só tive um paciente, durante o estágio, que teve o diagnóstico de câncer, enquanto eu estava evoluindo, estava passando no estágio X... na hora, eu tentei pedir ajuda para o residente, porque apesar da gente achar que esta mais amadurecido, foi bem complicado. (E7)

Para paciente terminal, eu pelo menos nunca precisei dar notícias ruim, porque os residentes estão ali com a gente ou o médico staff, então a gente acompanha, na verdade. Então o que eu já tive que fazer é dizer pra pessoa que ela tem pressão alta, que é incurável e ela vai ter que controlar por toda a vida inteira, ou o diabetes. É ruim fazer a pessoa entender. Mas assim de doença mais grave eu nunca precisei ter que contar alguma coisa. (E20)



Às vezes que eu acompanhei não foram situações muito agradáveis, porque os médicos que eu vi darem essa notícia não tiveram “tato” para falar com o paciente, já foram direto ao assunto, o paciente, às vezes, reagindo com grandes emoções. Quando eu presenciei foram aquelas coisas assim “na lata”: “tu és HIV positivo, tu tens um câncer”, nessas situações o paciente começa a chorar, se desespera, não aceita mais a terapêutica por ter uma doença incurável. (E22)

Uma abordagem que eu aprendi na psiquiatria, foi conversar com a pessoa e dizer que tem notícias que não são boas e perguntar se ela sabe o que ela tem, o que ela acha sobre aquilo, se ela está preparada para ouvir naquele momento, ou se prefere conversar num outro dia ou num outro momento do dia. Acho que é uma abordagem melhor. Dá um tempo pra pessoa absorver isso direito. (E19)

Muitos alunos achavam que a atitude ao revelar o diagnóstico *deveria variar de acordo com as condições emocionais do paciente e com a relação pré-estabelecida* com esse. A maioria relata que *antes da revelação é necessário estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, acompanhá-lo, prepará-lo aos poucos, reconhecer o que o paciente já sabe e o que quer saber*.

É complicado. Vai depender do grau de confiabilidade que já existe... Depende se é um paciente novo, se faz pouco tempo que tu conheces ele, ou se é um paciente que já é teu de longa data, depende do grau de confiabilidade que existe com ele e com a família. Vai depender da atitude, da condição do paciente mesmo, mas principalmente agir com muita cautela. (E11)

Eu acho que primeiro eu tenho que estabelecer um vínculo bom pra poder, talvez, conversar sobre o assunto, até conversar sobre a parte incurável. Então primeiro tem que ter um vínculo de confiança, se não acho que fica mais difícil. Tem que ter um segmento também, não dá pra ser uma coisa de emergência, uma coisa assim mais pontual. (E10)

Eu acho que você tem que ir falando, preparando o paciente ao longo do tempo, tem que ser trabalhado, não dar a notícia na hora. Acho que nunca passei por uma situação na qual o paciente não se conformava com aquilo. Alguém já tinha trabalhado ele antes. (E2)

A gente tenta chegar de forma mais cautelosa pra não cometer uma gafe. Na verdade, como é uma situação um pouquinho mais delicada e a estabilidade emocional do paciente já é um pouquinho mais delicada também, a gente tem que ir um pouco mais cauteloso no início pra conseguir perceber a abordagem que a gente tem que dar com o paciente. Se o paciente tá precisando de um ombro amigo e na conversa a gente percebe isso, a gente parte pra isso. Se ele tá muito sério, talvez precise de um pouco de descontração, conversar um pouco, pensar em outra coisa que não seja a doença, talvez essa seja a idéia. (E21)

Eu acho que devemos dar passos pequenos nesse tipo de notícia, tentar primeiro ter uma visão de como aquele paciente vai receber a notícia, tentar entender o estado psicológico do paciente e da família, porque isso é uma notícia que vai acabar tendo uma repercussão muito grande... Conversar gradualmente, dando a notícia aos poucos, preparando “o meio de campo” pra que a gente possa dar essa notícia. A minha idéia é tentar buscar conhecer o paciente e o estado psicológico dele e como a família vai receber a notícia. Sempre tendo discrição, acho que notícias como essa não podem ser dadas em leito de enfermaria, onde tu tens 4 ou 5 pacientes no mesmo quarto. Eu acho que o paciente tem que ser chamado pra

conversar, tu conversa num lugar separado, deixando o paciente à vontade, pra que o paciente tenha também a individualidade dele preservada. (E22)

Alguns acadêmicos lembraram a importância do ***envolvimento da família e da equipe de saúde, na ocasião da comunicação diagnóstica***.

A atitude é sempre tentar conversar com alguém responsável junto, um familiar... Eu costumo conversar primeiro com a equipe, ver o quê que a gente pode fazer, discutir e tentar decidir em conjunto o que fazer, conversando antes primeiro com um familiar: “olha é o seguinte, a situação é tal”, depois falar com o paciente, antes ver o quê que a família acha, porque é muito importante esse apoio, essa rede de apoio de amigos, de familiares, saber como é a situação do paciente, se é um paciente que tem um apoio legal... Pensando assim na parte psíquica mesmo, nos riscos, saber qual que é o grupo de apoio, os fatores de proteção que ele tem, de sustentabilidade. Procuro sempre ir devagarzinho... Se necessário multidisciplinaridade, assistência social, acho muito importante, ainda mais se a gente tem um meio como é aqui, um Hospital Universitário, um meio que dispõe desses recursos, é diferente de um hospital particular ou de uma clínica, que você é sozinho, que você não tem muito o que fazer... (E11)

Então, o importante é captar do próprio paciente ou da família se ele está preparado para algum diagnóstico que ele ainda não saiba, saber qual é a expectativa dos familiares, do paciente, conversar com a equipe... Aqui a gente não trabalha sozinho, então tem que saber se já foi comentado alguma coisa, antes de abordar a situação. (E12)

**Em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente,** todos os acadêmicos relataram o aprendizado através de ***modelos***, com a observação do comportamento e das atitudes de ***médicos, professores e colegas***. Nesse sentido, os alunos mencionaram modelos positivos com atitudes que devem ser “adotadas” e maus modelos com comportamentos que devem ser evitados na prática clínica.

Olha, eu acho que tem que ter a sorte de poder acompanhar médicos que tenham uma boa relação médico-paciente... Ter sorte de poder acompanhar um bom médico e pegar as atitudes dele como exemplo. Você olha e vê a diferença entre o médico que trata o paciente bem com aquele que não trata. (E2)

Acho que sobretudo vendo... Vendo teu professor, vendo gente que tu conheces na Medicina, porque você sempre vai se espelhar em alguém, por mais que você leia, por mais que você veja como é que deve agir, é a mesma coisa que com qualquer matéria, quando você lê, quando você tá estudando, você até aprende, mas você só apreende quando você enxerga, quando você vê na prática mesmo... Você vai ver como é que teu staff, o teu preceptor vai tocar um paciente, vai conversar com ele, como é que vai quebrar aquele gelo... Você vai aprendendo os trejeitos com os teus preceptores ou até os residentes e colegas, às vezes tanto no identificar o quê que é legal pro paciente, quanto do que não fazer, muitas vezes você aprende muito mais o que não fazer do que o que fazer. (E11)

... A forma melhor de aprender é na prática mesmo, nas aulas práticas com os professores a gente vai aprendendo o que fazer e também o que não fazer, porque tem muitos professores

que não são exemplos de uma boa relação médico paciente, a gente vai aprendendo baseado principalmente nisso, nos bons e maus exemplos, e fazendo a nossa própria formação. (E12)

Principalmente no dia a dia, quando a gente vê uma situação e então a gente pensa: “não, não é assim que eu gostaria de ser, ou, é assim que eu gostaria de conduzir”, então a gente aprende muito na prática mesmo, observando os nossos professores e outros médicos... (E13)

Muitos estudantes *gostariam de ter tido mais oportunidades para acompanhar atendimentos médicos*. Muitos acreditam que faltaram bons exemplos a serem seguidos.

Eu acho que uma coisa que a gente teve muito pouco foi acompanhar atendimentos sabe, acompanhar outros médicos. Eu gostaria de ter acompanhado mais atendimentos, sentar do lado do médico e assistir o ele atendendo, eu acho que faltou um pouco, até mesmo no internato, a gente chega e já distribuem os prontuários, tu não observas atendimentos... A gente passa, por exemplo, dois trimestres na pediatria, poderia talvez no primeiro observar, ou até mesmo antes nas aulas práticas e depois é que começasse a atender, não sei acho que falta muito isso de observação passiva, de ficar do lado do médico e ver o que deve ser feito, porque a gente aprende muito com os exemplos. (E13)

Acho que o trabalho é importante pra ver a quantas anda a relação médico-paciente, porque a gente tem muito mau exemplo disso, tem muito staff que maltrata o paciente na nossa frente, que não tem empatia nenhuma. Tem staff que sabe muito, tem um conhecimento enorme, mas não consegue convencer o paciente a fazer tratamento e ainda fica bravo porque o paciente não segue o tratamento que ele prescreveu. Então eu acho que é importante para o aluno da graduação, principalmente alunos da 7ª fase em diante, que tem mais aula prática e principalmente os do internato, ter melhores exemplos e ter pessoas que cuidem dessa parte com a gente. (E19)

Acho mesmo que o que faltou foram exemplos dos nossos professores, um bom exemplo de relação médico-paciente. Quando a gente presencia uma boa relação é um aprendizado muito grande, a gente pensa: “Essa é uma postura que eu posso adotar”. (E4)

A maior parte dos estudantes citou o *aprendizado através da prática*, no *internato*, nos *estágios extracurriculares*, nos *atendimentos realizados no dia-a-dia* e por meio da *convivência com os pacientes, em diferentes circunstâncias*. Mencionaram ainda que esse aprendizado *acontece com o decorrer do tempo, evoluindo com o passar dos anos*.

A gente aprende depois que começa a ter contato com os pacientes, com a experiência. Primeiro nos estágios... Primeiro na prática cirúrgica, você ainda não tem muito conhecimento técnico e teórico, é uma coisa mais prática. Esse é o primeiro contato, é onde começa a aprender a lidar com o paciente. Depois nos estágios de clínica e no internato. Não existe como aprender isso dentro da sala de aula. A gente tem uma noção muito leve com aula prática. É só na hora de fazer estágio que a gente aprende; sozinho com o paciente, na verdade, quando se vê na obrigação de exercer Medicina é que a gente aprende. (E1)

... Aprender mesmo só quando você começa a conviver com o paciente, você não tem como aprender a fazer coisas com as outras pessoas até que você começa a conviver com o paciente realmente. Na enfermaria mesmo, é ali que se aprende. (E4)

Acho que só convivendo mesmo com o paciente, o médico precisa conviver de todas as formas possíveis... Num Posto de Saúde, numa emergência, na enfermaria, é assim que realmente se consegue aprender sobre relação médico-paciente. (E5)

... Começa na Faculdade logo no começo, no relacionamento com o paciente, com os colegas, professores, funcionários. É mais na prática mesmo, quando tu chegas ao internato, porque ali tu assumes o papel de médico. É na prática e muitas vezes errando, assim, com o paciente, às vezes tu acabas sendo grosseiro, mas isso sempre serve de lição, inclusive nas relações que eu tenho, muitas vezes o que eu mais me lembro, o que mais me marca, são justamente aquelas que não foram muito boas, eu fico com aquilo na cabeça, pensando no que eu errei, como é que eu posso melhorar. Na verdade é uma evolução, a relação médico-paciente vai evoluindo, quanto mais tempo tu estás no internato, quanto mais tempo tu estás na prática médica, melhor tu vai se aprimorando, se bem que às vezes não é isso que acontece, tu vê pessoas, médicos, já bastante experientes e parece que perderam um pouco disso, mas pelo menos na fase que eu tô, eu vejo que eu tô evoluindo, é na prática mesmo... (E15)

... O aprendizado é prático. Alguns staffs, alguns residentes até conversam sobre isso, mas é a prática do dia-a-dia mesmo que tem maior peso. (E19)

Acho que com o convívio, com o dia-a-dia, a gente no começo teve bastante dificuldade... Lógico no começo a gente não sabe nada de doença, então não sabe nem conversar com o paciente, ele pergunta coisas e você não sabe responder. Mas acho que com o convívio e o tempo você vai aprendendo a lidar com pessoas que estão emocionalmente abaladas também. (E23)

Um dos entrevistados mencionou que, em alguns estágios, a relação médico-paciente pode ser *desaprendida*. Como exemplo destas situações, dois estudantes avaliaram que as atividades práticas não deveriam iniciar nos estágios de emergência cirúrgica, pois prejudica o aprendizado da relação médico-paciente.

Eu fiz vários estágios, mas nos estágios eu mais desaprendi do que aprendi. Já tive situações, por exemplo, quando atendia na emergência, onde o atendimento era aquela coisa mecânica, um atrás do outro, e a gente acabava incorporando características de outros médicos. Então a gente via que os médicos lá gostavam de dar broncas nos pacientes, de atender meio de cara fechada: “Ah, faz isso aqui, pega a tua receita, tchau”. O que me marcou é que a gente acaba, como eu falei, incorporando as características de outros médicos. Então um dia eu parei e pensei assim: “Olha o jeito que eu estou fazendo as coisas! Eu acho que isso está errado. O jeito que eu estou tratando os pacientes não é legal, nunca fui assim, pelo contrário, sempre tive uma boa relação com o paciente, eu nunca tive nenhum problema, mas a coisa aqui tá muito mecânica”. Às vezes, a gente não se dá conta que está incorporando atitudes inadequadas. Hoje, eu acho que tu tens que ser tu mesmo, tratar bem, independente se o paciente tá bêbado ou tá te incomodando, eu acho que todos tens que ter um bom atendimento. (E22)

Se vamos fazer um estágio na emergência cirúrgica, o aprendizado ali não é um aprendizado válido, porque os médicos que estão ali, a maioria deles já se formou há muito tempo, são médicos que às vezes fazem aquilo ali não por gosto, estão na emergência como uma forma de aumentar a renda, às vezes não se preocupam muito com o paciente em si... Claro, se preocupam de maneira técnica, se preocupam em tratar a doença, querem fazer o

diagnóstico, tratar e mandar o paciente embora. Se o estudante começa nesse ambiente já é um pouco mais complicado para o aprendizado. (E22)

Logo que a gente começa nos estágios, a gente já começa em estágio de emergência cirúrgica, eu acho que isso é uma falha... Nesses estágios, tu és meio que brutalizado assim, chega lá e é assim: “Ah, tá cortado? Não tá cortado? Sutura? Não sutura?” Agora mudou um pouco com o currículo novo, com a inserção precoce, isso eu acho que vai modificar bastante a longo prazo, mas eu acho um pouco errado os nossos primeiros estágios serem de emergência cirúrgica... Talvez deva postergar isso um pouco, porque eu acho que é uma coisa que brutaliza um pouco o estudante de medicina e daí depois quando começa no ambulatório tem que ter mais paciência, tem que conversar mais, daí quando chega na hora de internato mesmo, já tá meio sem paciência. (E13)

Alguns alunos mencionaram o aprendizado ocorrido através de *atividades teóricas*, *discussões em sala de aula* ou *leitura de livros*. Nesse contexto, algumas disciplinas foram citadas como importantes: medicina baseada em narrativas, psicologia médica, antropologia e ética.

Durante o curso, acho que nas primeiras fases teve um pouco de discussão sobre isso, sobre humanização do atendimento, acho que a gente aprendeu certas coisas, sobre empatia, tiveram alguns focos importantes no curso. (E9)

A gente aprende e escuta várias coisas, a gente lê sobre isso... Temos os exemplos de professores, dos médicos que a gente vê... Aprende alguma coisa no começo do curso, principalmente aquela parte que o Prof. Y dava, em Medicina Baseada em Narrativas, onde a gente tentava ver as culturas diferentes, essa matéria eu acho que ajudou um pouco... Também na parte de Antropologia, acho que ajudou a ver outras formas de viver, assim, acho que valeu a pena. (E10)

Uma coisa legal que teve no nosso curso foi lá no comecinho, não sei se na 1ª, 2ª ou 3ª fase, quando a gente teve psicologia médica. Acho que o pessoal do outro currículo não teve isso, acho que não teve essa ênfase na relação médico paciente precocemente... Acho que foi legal também a gente ter estudado um pouco de história da medicina, essas “cadeiras” novas, ajudam a exercitar a argumentação, a gente fez relatórios de leitura, a gente leu o Físico, essas coisas... Medicina baseada em narrativas, foi uma “cadeira” muito legal, ajudou a melhorar a relação médico-paciente. (E11)

Durante o curso, eu inicialmente aprendi fazendo um projeto com a Dra. X, na segunda fase, iníciozinho do curso, nesse projeto a gente fazia leitura para os pacientes que estavam internados na enfermaria. (E23)

Alguns, entretanto, *acreditam que não seja possível um ensino teórico*.

Com certeza não se aprende em sala de aula. (E1)

Eu acho que é aprendida no dia-a-dia mesmo, não tem como tu ensinares isso na faculdade por aula teórica, tem que ensinar mesmo nas aulas práticas. (E25)

Alguns estudantes enfatizaram que a relação médico-paciente ***não pode ser ensinada durante o curso de Medicina***. Esses estudantes acreditam que o fato de ter ou não uma boa relação médico-paciente é algo individual, ***dependente dos relacionamentos pessoais prévios***, bem como da ***educação familiar***:

Eu acho que ela não é aprendida no sentido de ser ensinada, eu acho que ela é de cada pessoa, o próprio jeito de ser, que já vem, talvez, de família, do colégio, a forma como tu te relacionas com as pessoas, vai ser a forma como tu te relacionas com o paciente... Então a pessoa que tem respeito pelos outros, sabe conversar, tem um diálogo, isso vem de ti mesmo, acho que isso aí não é ensinado. (E9)

Isso eu acho que a faculdade nunca vai ensinar, porque relação médico-paciente é relação social, daí depende do que a pessoa aprendeu em casa, sobre respeitar um ao outro, o que aprendeu do pai e da mãe, do caráter da pessoa, então por mais que forcem a barra na Faculdade de Medicina pro estudante atender melhor o paciente, isso aí depende mais do caráter da pessoa do que do ensino mesmo. (E17)

... Eu acho que é já é da gente mesmo, muito, muito, muito é da pessoa. Você vê, por exemplo, um colega de sala de aula que trata as pessoas mais ou menos, na prática com o paciente é do mesmo jeito. Tem gente que surpreende, mas a maioria é o espelho daquilo que é com tudo, que é tudo, é a relação com todas as pessoas. (E2)

... Tem muito haver com a cultura da pessoa, por exemplo, valores familiares, convívio pessoal, você saber respeitar outras pessoas, se pôr no lugar da outra pessoa para pensar no que é melhor pra ela... Acho que se aprende muito com a minha família, com os pais, e assim, independente de religião, acreditando que tem outras pessoas mais importantes que só você. (E4)

Eu acho que ela não é aprendida... Acho que é uma coisa que vem de dentro, realmente acho que vem de casa, é educação de família mesmo... (E7)

Os acadêmicos têm também a visão de que o ***fato de vivenciarem o papel de paciente*** auxilia no aprendizado. Outros lembraram a importância da reflexão e autocrítica.

Eu acho que se aprende mais como paciente, quando a gente vai a consultas... Daí a gente aprende isso, a gente vê e pensa: “ah, não assim eu não quero ser”, e a gente percebe que quando a gente diz que é estudante de medicina a relação muda, isso eu já percebi. No dia-a-dia, quando a gente vê uma situação, então a gente pensa: “Não, não é assim que eu gostaria de ser, ou é assim que eu gostaria de conduzir”, então a gente aprende muito na prática mesmo, observando os nossos professores e outros médicos, mas também é preciso fazer uma autocrítica. (E13)

... Eu já fui paciente, então a gente sabe como é... Eu já deixei de ir num médico por ele não me tratar bem, então pela experiência que tu passas como paciente, ou a de alguém da tua casa, acaba ajudando a aprender... (E7)

A gente aprende tentando ver a resposta que o paciente te dá, eu acho muito importante esse retorno que o paciente te dá. Observando e me questionando: “Será que está certo isso? Será que deve ser assim?”. Quando você vai e faz um exame físico ou conversa com o paciente, depois você vai discutir o caso com alguém, com o preceptor ou com algum colega, e



alguém te pergunta: “Mas e tal coisa?”, aí você pensa: “Ah, realmente isso eu não me lembrei na hora”. Então é através dessas coisinhas assim, tem que sempre se policiar... (E11)

Muitos acadêmicos mencionaram o estágio realizado nas *Unidades Locais de Saúde* como muito importante para o aprendizado. Foi considerado por muitos, o melhor estágio de todo o curso médico para desenvolvimento e aprendizagem da relação médico-paciente. Na visão dos estudantes, esse estágio proporcionou *entrar precocemente em contato com pacientes e mais tempo para diálogo, favorecendo o desenvolvimento de habilidades comunicacionais*. Além disso, tiveram a possibilidade de *conhecer a realidade e o modo de vida de seus pacientes*.

Aprendi principalmente no Posto de Saúde, porque é o lugar onde se tem mais tempo pra sentar e conversar, você conhece toda a família e isso deixa um ambiente mais favorável para ter uma boa relação com o paciente. (E2)

... Eu tive muita sorte no meu Posto, tem gente que tem azar, porque às vezes muda muito de médico no posto ou o aluno tem que mudar de posto. O médico do meu Posto é excelente. Tem coisas que você ouve os médicos falarem e é bonito, é muito bonito, mas eles não fazem. O Dr. Z é um cara que tem pouco discurso e que faz o que tem que fazer... (E3)

... Dos estágios que eu passei, no Posto foi melhor a parte da relação médico-paciente... No hospital geralmente é uma correria, acaba tendo um monte de acadêmico de outros cursos, se bem que isso não justifica a falta de aprendizagem porque você pode vir em outros horários. Mas acho que é muito mais fácil aprender na Unidade Básica de Saúde, onde, geralmente, é mais calmo... Eu atuei no Posto com bastante liberdade e eu acho que o Posto de Saúde é um lugar muito bom pra ti praticar a relação com o paciente. Agora não tô me lembrando de nenhum outro estágio que tenha me marcado. (E11)

Eu acho que a inserção precoce no posto de saúde foi bastante importante. Tem pessoas que já tem sua própria maneira de agir e que tem mais facilidade de se comunicarem com outras pessoas, são mais comunicativos, já outras são quietas. Mesmo essas mais quietas acabam aprendendo a ter uma relação boa com os pacientes de tanto praticarem. Chega ao final da faculdade e do internato você já passou por várias coisas e consegue ter uma boa noção de como ultrapassar algumas barreiras que os pacientes colocam ou até que a gente coloca. Então a gente aprende indo pro posto cedo, atendendo cedo, não só vendo as coisas burocráticas do posto e fazendo territorialização, apesar de que até isso ajuda na relação médico-paciente, porque tu sabes onde a pessoa mora, sabes mais da vida dela e isso ajuda também. (E20)

Eu acho que o estágio no Posto, a interação comunitária, ajudou. Nas primeiras fases, a gente já ia na casa do paciente, sentava, conversava, via como era a vida dele, acho que isso talvez tenha ajudado bastante. (E9)

Acho que esse negócio de terem colocado a gente no posto mais cedo ajudou a melhorar a relação. O pessoal que ia só na décima fase ficava meio perdido, tinha vergonha de falar, já a gente é mais desinibido, agora no internato a gente vê que ajudou bastante. (E14)

No Posto de Saúde a gente consegue fazer um pouco mais... A minha comunidade é uma comunidade que é bem pequena, então o médico conhece todo mundo, sabe a história de

todo mundo, e ele tem uma relação médico-paciente muito boa, ele é um bom exemplo, aprendi muito com ele... Então acho que na interação comunitária, apesar de ter um pouco de resistência, é o lugar onde tu consegues criar mais vínculo e assim, construir um pouco mais a relação médico-paciente, de todos os estágios foi esse o melhor. (E13)

**Quanto às sugestões para melhorar o ensino da relação médico-paciente**, apenas um estudante mostrou-se satisfeito com o aprendizado durante o curso, todos os outros desejavam que estes conteúdos fossem mais abordados.

Muitos acadêmicos sugeriram o *aumento do número de atividades práticas*, bem como o *incentivo ao contato precoce com o paciente*. Alguns acreditam que o *número de alunos por aula prática* possa ser *reduzido para melhorar o aproveitamento*.

Eu gostei de ter aprendido desse jeito. Acho que foi uma boa maneira. A gente teve até aulas teóricas sobre o assunto. (E20)

Mais prática. Acho que a coisa mais importante é praticar. Acho importante também que existam, inseridas no curso, outras atividades para incentivo do contato com as pessoas, para desinibição... (E1)

A gente aprende pelos exemplos e nas aulas práticas. Então acho que tem que ter muita aula prática... Eu não sei como estão as turmas de agora, mas a gente teve poucas aulas práticas na semiologia, teve uma anamnese pra entregar no semestre. Acho que não pode ser assim, acho que tem que ir toda semana lá conversar com o paciente. (E3)

Acho que o aprendizado é trazendo o aluno pra perto do paciente. Um dos problemas que a gente tem são geralmente aulas práticas com muitas pessoas, isso dificulta o aprendizado. Muito depende também de cada pessoa: “Vou para o hospital, vou para o hospital na minha tarde livre, conversar com o meu paciente, ler o prontuário”, mas a gente tem pouco tempo livre e tem horários que fica desagradável até pro paciente, por exemplo tu vives aqui à noite, é chato fazer barulho. Talvez a forma mais fácil de melhorar fosse aumentar o número de professores ou mesmo de monitores pra dar aula prática, às vezes a gente aprende tanto mais com um monitor do que com um médico que já tá meio cansado daquilo, então aumentando o número vai diminuir o número de pessoas em aula prática que é a forma que tu tens oportunidade de fazer e não de assistir. E pelo paciente, uma coisa é ele ser examinado por quatro alunos, outra coisa são 10. Muitas vezes a gente chega no quarto, com mais 10 pessoas, vamos palpar, um dois, três... Ninguém aguenta. Acho que aumentando o número de docentes pras aulas práticas pra diminuir o número de alunos é a forma mais efetiva. E fora isso é estimular sempre a conversar com o paciente, se bem que acho que isso a gente vem sendo estimulado. (E23)

Alguns acham que *atividades teóricas poderiam melhorar o aprendizado*, já outros acreditam que sejam desnecessárias. Alguns gostariam, ainda, de aprender através do *compartilhamento de experiências*.

Acho que faltou um pouquinho de teoria. Acho que dá pra fazer uma aula bem bacana, com quem lida com isso. Acho que tem como ensinar a lidar com essas coisas, que tipo de coisa que se fala, o que não se fala. (E2)



Bom, na a verdade assim, a parte teórica sobre relação médico-paciente foi bem pobre no curso, mas na verdade eu acho que a gente aprende no dia-a-dia, então eu acho que não faria muita falta. (E5)

Acho que poderia ter mais aula. Ser mais preparado para o internato, mais aula sobre psiquiatria talvez... (E8)

Como deve ser ensinado? É difícil falar. Talvez ter mais aula sobre isso, talvez ter mais aulas de ética, eu acho que a gente teve pouco. (E10)

Olha, uma coisa que eu notei assim ao longo desses seis anos é que quando os professores falam de experiências próprias, acabam chamando mais a atenção dos estudantes, principalmente quando eles falam de casos que eles acompanharam, isso prende a atenção dos alunos... Quando eles falam de um paciente que acompanhou e como essa relação se desenvolveu, isso teve muito pouco durante a graduação, não é comum de acontecer, mas eu acho que é compartilhando experiências que se aprende. Eu acho que essa seria uma boa maneira de aprender, gostaria de ter aprendido assim, realmente aprendi algumas vezes... (E15)

Eu acho que discussões de experiências. Acho que tem os aspectos doutrináveis pra tu estabeleceres uma boa relação médico-paciente, mas o interessante é tu trocasses experiências, assim eu tenho uma experiência como eu contei agora pra ti, tu tens outra e às vezes a gente pode trocar essas idéias e me poupar um bom tempo de descobrir isso sozinho. Acho que discussões são as coisas mais importantes, acho que deveria ser o foco do aprendizado. A gente expor o que aprendeu, o que viveu, fazer mesas redondas, acho que são coisas que aumentariam o aprendizado. (E22)

Alguns acadêmicos sugeriram que houvesse um *acompanhamento do desenvolvimento da relação médico-paciente ao longo do curso*, pois acreditam que existe *necessidade de maior orientação e supervisão*.

Acho que a maior deficiência, na verdade, é que a gente não tem um seguimento da relação médico-paciente. A gente aprende pontualmente lá no começo e depois cada um exercita do seu jeito. Acho que o que poderia mudar, mas é muito difícil, porque depende de cada serviço, de cada staff, de cada residente. Deveria ter uma cobrança maior dos estudantes durante o curso todo, inclusive nessas fases de internato, porque a gente não tem cobrança e nem orientação nenhuma pra fazer isso. Se a gente tivesse um acompanhamento ao longo do tempo e não tão pontual seria mais proveitoso. (E19)

O que talvez possa ser melhorado durante o curso, principalmente nas últimas fases, quando a gente tem um contato maior com o paciente e até, de certa forma, colocam muita responsabilidade sobre o estudante, seria o supervisor acompanhar o aluno, principalmente nas horas que o paciente tá muito resistente a doença, ao diagnóstico. Eu vejo que certos profissionais não querem assumir o fato de sentar, conversar, esclarecer e aí fica pro estudante isso. Acho que tem que ter uma troca maior, uma supervisão maior principalmente nessa hora de resistência, acho que é bem difícil pro acadêmico assumir essa responsabilidade, os supervisores podem ajudar nessa relação, né? (E9)

Acho que alguma aula ou quem sabe alguém orientando: “ó tu vais abordar isso, vais abordar aquilo”, porque não tem nada disso na faculdade, só te colocam lá dentro e mandam colher anamnese, fazer o exame físico, mas ninguém te orienta: “vou te ajudar, conforme tu fores

conversando com o paciente, faz uma piadinha pra ele se sentir mais á vontade”, alguma coisa assim, a gente fica só naquela: “Qual o seu nome? Queixa principal? HDA?”, vai até com medo pra aula, na 3ª fase, né? (E3)

Foram comentados os *benefícios da reforma curricular* para o ensino-aprendizado da relação médico-paciente. Os acadêmicos acreditam que a reforma criou *novas oportunidades para o desenvolvimento da relação médico-paciente*, principalmente pela *maior abordagem do tema em classe e pela inserção precoce do estudante na comunidade*.

Acho que no curso a gente teve um pouco mais de teoria sobre relação médico-paciente do que as turmas anteriores à Reforma, acho que tivemos um pouquinho mais de oportunidades para parar e pensar nisso. (E4)

Eu acho que com o nosso currículo a relação médico-paciente foi abordada de uma maneira mais humanística, eu acho que eu aprendi melhor, talvez não da forma ideal, mas acho que teve uma abordagem bem diferente das turmas anteriores, eu acho que nos ajudou bastante... O contato precoce com o paciente também ajudou. Então, durante o curso foi bastante enfatizada a importância de inserir o paciente no seu contexto biopsicossocial, tentar abordar não só a queixa do paciente, a doença em si, mas toda essa abordagem fora do problema, da patologia em si... Então, eu acho que a abordagem do novo currículo beneficiou mais essa parte. (E18)

Acho que agora com o currículo novo o aprendizado melhorou bastante, porque é falado da relação médico-paciente já no início do curso. Por mais incipiente que seja essa iniciativa, ela existe. Eu acredito que até ela não obtenha o êxito que a gente esperava, porque as pessoas entram no curso de medicina já com parte do caráter formado, com uma educação que vem da casa, da escola que frequentou, às vezes da classe social, então tudo isso influencia. Então nem todo mundo assimila essas informações do início do curso. E mais pro final do curso as pessoas vão ficando desinteressadas por esse tipo de assunto. Eu acho que com o currículo novo de medicina melhorou... Eu sou bastante a favor, eu acho que foi uma experiência interessante, claro, eu não frequentei o currículo velho, mas como eu fiz uma faculdade prévia de fisioterapia, e lá a visão é bem tecnocrática, eu vi que realmente faz a diferença. Às vezes os alunos que estão entrando agora no currículo novo talvez não percebam isso porque já estão entrando direto no currículo novo e como tem alguns problemas ficam insatisfeitos. Mas de maneira geral eu acho que a gente aprendeu bem e teve experiências que outros alunos não tiveram, principalmente pelas discussões iniciais que tivemos. (E22)

O pessoal fala muito da reforma, do contato precoce com o paciente, com a comunidade, que a gente teve... A gente tem uma qualidade muito grande, até mesmo nos postos, tem gente que na quinta fase já faz consulta sozinho, no consultório, isso dá uma diferença de qualidade, de vínculo com o paciente, formação de vínculo enorme. Eu tive sorte, nos estágios onde passei tive contato muito precoce. Infelizmente tem gente da minha sala que não teve. (E1)

O que eu gostaria de ter aprendido? Sabe, eu acho que a reforma foi boa pra isso. Pra logo ser inserido, dar “a cara pra bater” no Posto de Saúde ou nas Enfermarias, assim você vai aprendendo... Você vai chegando numa conclusão de como você deve lidar com o paciente, vai amadurecendo. Apesar de alguns acharem que no começo você gosta mais de conversar, eu acho que não, acho que você vai dominando de tudo um pouco, você vai sabendo lidar melhor com isso. (E2)

... A mudança do currículo foi essencial para essa parte da relação médico-paciente, por já tentar enfocar mais isso, mas mesmo assim, alguns colegas meus continuaram com as mesmas dificuldades, com o mesmo jeito de ser... (E7)

A partir dos resultados encontrados e descritos procedeu-se uma sistematização dos principais achados, com fins de comparar ao encontrado por Stoll em 2005 e, desta forma, responder ao objetivo deste estudo. Esta avaliação pode ser melhor compreendida no quadro abaixo:

**Quadro 1.** Comparação dos resultados **relativos à relação médico-paciente encontradas** no estudo do primeiro semestre de 2005 (acadêmicos da 12<sup>a</sup> fase do antigo currículo) com os obtidos segundo semestre de 2008 (acadêmicos da 12<sup>a</sup> fase do currículo atual)

<b>Categorias da relação médico-paciente</b>	<b>Subcategorias</b>		
	<b>Comuns em ambos os estudos</b>	<b>Apenas no estudo 2005.1</b>	<b>Apenas no estudo 2008.2</b>
<b>Valor</b>	Maior valor da consulta médica. Confiança. Representa a base da Medicina.		
<b>Possibilidades</b>	Favorece a anamnese, todo o processo diagnóstico, a adesão ao tratamento e os aconselhamentos. É terapêutica.		
<b>Atitudes para o bom relacionamento com o paciente</b>	Respeito, atenção, orientar, ouvir, identificar-se, utilizar linguagem acessível, olhar, tocar o paciente, tratá-lo de igual para igual, empatia, não julgar, não ter preconceitos, ética	Tratar como amigo, de igual para igual.	Não impor decisões, adequar-se ao paciente, não interferir nas crenças dos pacientes.
<b>Dificuldades ao se relacionar com o paciente</b>	Na emergência. Em situações de grande demanda, falta de tempo ou falta de acompanhamento do paciente. Doenças psiquiátricas. Idosos. Doenças graves ou terminais. Pacientes	Doenças orgânicas com prejuízo da comunicação.	Pacientes com estado muito debilitado. Pacientes com preconceitos em relação a estudantes do sexo feminino.

	agressivos. Pacientes emocionalmente abalados. Pacientes com preconceitos em relação a estudantes.		
<b>Atitudes ao abordar pacientes com câncer ou doença incurável</b>	Atenção. Apoiar, confortar e motivar. Dar esperanças. Promover qualidade de vida. Envolver a família.		Não tirar esperanças. Esclarecer possibilidades de tratamento. Atitude não difere daquela com outros pacientes. Estabelecer vínculo antes da revelação diagnóstica. Envolver a equipe de saúde.
<b>Ensino-aprendizagem</b>			
<b><i>Percepção dos estudantes sobre a qualidade do processo</i></b>	Despreparo para comunicação de más notícias. Insegurança frente a revelação diagnóstica de doenças incuráveis. Falta de bons exemplos a serem seguidos.		Reforma curricular beneficiou o aprendizado, através de discussões em classe e contato precoce com os pacientes.
<b><i>Contextos em que ocorreu</i></b>	Observação de condutas adequadas e inadequadas com médicos e professores (modelos). Através da prática. Atividades teóricas.	Vinculado à personalidade e relacionamentos pessoais do acadêmico.	Educação familiar. Ocorreu principalmente nas Unidades Locais de Saúde
<b><i>O que/como os estudantes gostariam de ter aprendido</i></b>	Avaliação durante o curso. Maior preparo dos professores. Como abordar pacientes com doenças terminais ou incuráveis.	Criação de módulo para abordar o tema. Maior valorização por parte dos professores. Contato mais precoce com o paciente e com a comunidade.	Maior número de atividades práticas. Compartilhamento de experiências. Como abordar pacientes com doenças incuráveis. Maior orientação e supervisão ao longo do curso.

## 5. DISCUSSÃO

A partir do processo de análise, reflexão e síntese dos dados primários e secundários emergiram quatro dimensões de avaliação que são: 1) A interação comunitária como potencializadora do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente; 2) Possibilidades da relação médico-paciente; 3) Atitudes assumidas e necessidades sentidas na abordagem ao paciente e 4) O processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente vivenciado e o desejado. Estes serão apresentados a seguir, permeados pelo diálogo entre os participantes, as autoras e a literatura.

### **5.1. A Interação Comunitária como potencializadora do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente**

Um tema de fundamental importância que emergiu no processo de análise reflexiva dos dados foi o potencial das práticas na Interação Comunitária desde o início do curso, no processo de construção da relação médico-paciente do estudante.

O contato precoce do estudante com o paciente e a comunidade já era uma sugestão apontada pelos estudantes que participaram da pesquisa de Stoll<sup>21</sup> para a promoção do processo ensino-aprendizagem desta relação. Naquele estudo, eles realizavam estágio obrigatório nas Unidades Locais de Saúde (ULS) somente durante a décima fase do curso de Medicina. A pertinência desta sugestão foi corroborada no estudo atual, ao se observar que, para 40% dos estudantes do novo currículo, participantes desta pesquisa, a influência de tal contexto foi determinante para o aprendizado. Isto aponta os avanços no ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, obtidos pela reforma curricular do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O novo modelo de currículo, implantado no primeiro semestre de 2003, é modular e integrado, tendo como perspectiva o ensino-aprendizagem centrado no aluno, visando seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte.<sup>29</sup> Considerando-se a necessidade de formar médicos participativos e conscientes da realidade, foi criado o Módulo de Interação Comunitária, no

qual os acadêmicos fazem estágio nas ULS desde a primeira fase do curso até a décima segunda fase, privilegiando o vínculo com a comunidade “via espaços físicos, sociais e afetivos”.<sup>29</sup>

Segundo os estudantes, esse estágio proporcionou mais tempo para diálogo com os pacientes, favorecendo o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. Além disso, tiveram a possibilidade de conhecer a realidade e o modo de vida de seus pacientes.

Essas vantagens percebidas mostram a importância das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>30</sup> do curso de graduação em medicina, para a formação mais abrangente do futuro médico, ao preconizarem

inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação e vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Os resultados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro dos achados por Ferreira, Silva e Aguer<sup>31</sup> na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), cujo currículo é integrado e utiliza diversos cenários de aprendizagem, entre eles o de Atenção Básica de Saúde. Estes autores analisaram a percepção dos acadêmicos de Medicina das primeira e segunda séries sobre as ações em saúde que desenvolvem com a comunidade na Unidade Educacional de Prática Profissional, no cenário da Atenção Básica de Saúde. Os estudantes enfatizaram que o trabalho com a comunidade favoreceu o desenvolvimento das relações interpessoais, essenciais para sua formação e uma qualificação da relação estudante-paciente, questão diretamente relacionada à humanização da atenção. Na visão dos autores, estes dados confirmam sua importância na formação médica diferenciada, notadamente na construção de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender com a realidade na qual se inserem.<sup>31</sup>

Van Onselen e D’Elia<sup>32</sup> avaliaram o aprendizado de estudantes de medicina através de visitas domiciliares junto a agentes comunitários no Programa de Saúde da Família (PSF) de Capuava. Neste estudo, a maioria dos alunos considerou benéfico conhecer a realidade da população, pois isto os sensibilizou quanto às necessidades e dificuldades dessa e criava uma compreensão que melhorava a relação médico-paciente, possibilitando a adaptação de suas condutas e orientações, utilizando uma linguagem mais apropriada, criando mais vínculo e confiança mútua. Muitos alunos comentaram que se deveria dedicar mais tempo a essa

atividade, alguns acharam que isto deveria ser realizado também em anos mais precoces. Houve pedidos de ampliação das discussões sobre as visitas e de maior orientação prévia sobre as situações que enfrentariam. Diante desses resultados, os autores sugerem que os estudantes “atuem na comunidade durante todo o curso de Medicina, realizando diversas tarefas, gradativamente mais complexas, supervisionados por diferentes profissionais de saúde.” Salientam, ainda, a necessidade de que cada etapa de ensino-aprendizagem seja amplamente discutida e dialogada, para permitir a elaboração dos conflitos e o autoconhecimento e crescimento pessoal e profissional.<sup>32</sup>

Alguns artigos revelam que, mesmo durante estágios de curto período junto à comunidade, os estudantes sentem o potencial para o aprendizado de habilidades, desde que haja supervisão adequada. Um estudo realizado na África do Sul<sup>33</sup> avaliou a percepção de estudantes de medicina sobre o valor educacional de um estágio rotacional com duração de duas semanas realizado em hospitais e centros de cuidados médicos em comunidades rurais na Província do Cabo Ocidental. Estes estudantes mencionaram a importância do estágio para aquisição de habilidades clínicas e, diante dos benefícios deste, sugeriram que o tempo de estágio fosse ampliado. Para melhor aproveitamento, os alunos mencionaram ainda a necessidade de orientações adequadas e maior supervisão das atividades realizadas.

Percebe-se que a interação regular com a comunidade associada à vivência da assistência nas Unidades de Saúde, contribuindo para maior compreensão pelo estudante de sua cultura e suas necessidades, pode se tornar um importante espaço para transformar a visão do modelo biomédico centrado na doença, visto que, as novas e sempre mais sofisticadas técnicas foram se incorporando no exercício da profissão e “assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente”.<sup>7</sup> Isto trouxe como consequência o que Botsaris<sup>34</sup> denominou “desprezo pela subjetividade”, questão corroborada por Leite et al<sup>35</sup>, quando apontam o avanço tecnológico e a facilidade de acesso à informação como indutores da perda de espaço da subjetividade, levando a relação médico-paciente para o segundo plano.

Por outro lado, vivências percebidas como negativas podem reforçar tal atitude. No período de 1999 a 2001, a pesquisa<sup>7</sup> sobre a relação entre médicos e pacientes do PSF no Estado do Ceará constatou resultados “reveladores de uma relação médico-paciente na qual o paciente predomina como objeto da prática médica e o médico mantém um padrão biomédico, com postura paternalista e prescritiva”.<sup>7</sup> As relações estabelecidas não propiciavam um diálogo que permitisse o desenvolvimento da autonomia dos pacientes e a abordagem da dimensão psicossocial do processo saúde-doença.<sup>7, 36</sup>

Os cenários de aprendizagem vinculados à atenção primária têm se diversificado em diversos currículos<sup>29, 31, 32, 33</sup> e deve-se estar atento para a observação/vivência de atitudes acolhedoras e o desenvolvimento de um relacionamento adequado não só médico-paciente, mas também entre membros da equipe multiprofissional e com a comunidade.

Neste sentido, a supervisão e discussão de experiências/fenômenos vivenciados enriquecem e potencializam atitudes positivas e, até mesmo, podem neutralizar, pela reflexão, atitudes negativas observadas, promovendo o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

## **5.2. Possibilidades da relação médico-paciente**

A percepção do grande valor da relação médico-paciente foi reconhecida em ambos os grupos, sendo ela referida como base da prática médica e aspecto fundamental da Medicina por muitos estudantes.

Para ambos os grupos, a boa relação médico-paciente possibilita o estabelecimento de vínculo de confiança, acolhimento do paciente, maior compreensão do modo de vida dos pacientes, melhor entendimento do paciente sobre seus problemas e maior satisfação do paciente com a consulta. Para alguns estudantes a relação médico-paciente é mais abordada como uma ferramenta para se chegar ao processo diagnóstico e terapêutico e/ou melhores resultados e maior adesão ao tratamento.

Já outros acadêmicos percebiam a relação médico-paciente como uma possibilidade para se alcançar a subjetividade do paciente, reconhecendo suas dimensões psicológicas, sociais e culturais, para melhor compreender o sofrimento do paciente e melhorar o cuidado desse.

Segundo Beca et al,<sup>37</sup> a relação médico-paciente “representa um aspecto da prática médica cujo domínio é de vital importância para a efetividade dessa prática”.<sup>37</sup>

Grosseman<sup>1</sup> pondera que aprender a trabalhar com a subjetividade para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente construtiva definirá a qualidade da prática médica. Nesse sentido, Balint<sup>3</sup> afirma que “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido sua posologia, reações colaterais e toxicidade”.

Existe a compreensão de que a boa relação médico-paciente possibilita ao médico acesso aos mais diferenciados aspectos da vida do paciente, permitindo melhor definição diagnóstica e, conseqüentemente, a prescrição de tratamento mais adequado. Em



contrapartida, o paciente, tende a aderir mais fortemente ao tratamento.<sup>38</sup> Segundo Leite e Vasconcellos<sup>39</sup>, um dos fatores decisivos para a adesão do paciente à terapia proposta é a confiança depositada na prescrição, na equipe de saúde e no médico. Os autores mencionam que as atitudes do médico influenciarão na motivação para o cumprimento da terapia, apontando, ainda, que “o profissional de saúde influenciará na adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos”.<sup>39</sup>

Caprara<sup>7</sup> acrescenta que uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce por si só influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes. O autor menciona, ainda, que no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica.

O estudo qualitativo, desenvolvido por Grosseman<sup>1</sup> em Santa Catarina, com 25 médicos, no ano de 2001, mostrou que a relação médico-paciente tem também importante papel na satisfação dos profissionais, gerando energia e disposição para o trabalho, além de contribuir para que eles reflitam sobre a vida do paciente e sobre a própria vida.

Caprara<sup>7</sup> afirma que o médico não é ativamente estimulado a pensar o paciente em sua inteireza, como um ser biopsicossocial, e a perceber o significado do adoecer para o paciente. No entanto, a diversidade cultural exige que o médico seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença. Trata-se de uma aprendizagem indispensável para uma intervenção médica eficiente, que perceba o processo do adoecer naquele ser humano que vivencia a fragilidade e a ameaça ao seu estado de ser saudável e ativo.<sup>7</sup> Leininger<sup>40</sup> aponta a importância do cuidado na assistência, considerando o ser humano em sua integralidade, diversidade e unicidade, contemplando suas crenças, seus valores, conhecimentos e suas práticas de saúde.

Sobre os efeitos da comunicação efetiva, Stewart<sup>9</sup> observou que essa exerce efeito positivo na saúde emocional do paciente, influenciando na resolução dos seus sintomas, na melhora de parâmetros fisiológicos (como níveis pressóricos e glicemia) e no controle da dor. Quando esta comunicação não é adequada, há interferência significativa na relação que se estabelece entre médico e paciente e nos resultados da consulta. Stewart et al<sup>41</sup> destacam que 54% das queixas dos pacientes e 45% de suas preocupações não são elucidados pelos médicos. Problemas psicossociais e psiquiátricos são comuns na prática médica geral, mas estes diagnósticos não são considerados em até 50% dos casos.<sup>42</sup>

A pesquisa desenvolvida com médicos do PSF do Ceará<sup>7</sup> mostrou uma série de problemas comunicacionais: 39,1% dos médicos não explicavam o problema de forma compreensiva; em 58% das consultas, o médico não verificava o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e, em 53% das consultas, os médicos não verificavam a compreensão do paciente sobre o tratamento.

Felizmente, muitos projetos têm sido desenvolvidos para melhorar e avaliar o ensino da comunicação médica.<sup>20,43</sup> Nos EUA, a Comissão Educacional para Graduados Médicos Estrangeiros administra um teste de habilidades clínicas, abordando dimensões chave da comunicação médico-paciente.<sup>44</sup>

Segundo Makoul,<sup>20</sup> as escolas médicas têm não apenas a oportunidade, mas a responsabilidade de ensinar e avaliar as habilidades comunicacionais. Apenas para citar um exemplo entre as diversas intervenções que têm sido feitas neste sentido, a escola de Medicina da Universidade de Washington<sup>16</sup> ao implementar um novo currículo teve como um de seus objetivos o ensino de habilidades da comunicação centrada no paciente. A opinião dos estudantes a respeito da experiência foi positiva, tendo eles considerado que as habilidades adquiridas foram valiosas para sua prática futura. Os professores também consideraram a experiência positiva e muitos relataram que a revisão destas habilidades influenciou positivamente seus esforços de cuidar do paciente.<sup>16</sup>

### **5.3. Atitudes assumidas e necessidades sentidas na abordagem ao paciente**

Em ambos os trabalhos, os estudantes identificaram a importância do estabelecimento de uma relação empática. Para o estabelecimento de um bom relacionamento com o paciente, a atitude de se colocar no lugar dele, procurando compreender suas angústias, foi a mais frequentemente mencionada pela turma que passou pelo processo de mudança curricular.

Foi considerado importante tratar o paciente com respeito e atenção, sem julgá-lo, atendendo-o livre de preconceitos. Enfatizou-se a necessidade de ouvir o paciente, orientá-lo e utilizar linguagem acessível nas consultas médicas. Elementos da linguagem corporal e gestual, como tocar o paciente e olhar, foram igualmente mencionados.

Na pesquisa atual, citou-se a importância de individualizar o atendimento, adequando-o ao paciente, não impondo decisões e não interferindo em crenças religiosas, elementos estes, porém, não mencionados na pesquisa de Stoll. Por sua vez, somente os acadêmicos entrevistados por Stoll falaram sobre a necessidade de o médico tratar seu paciente “de igual para igual”.

Todas as dificuldades mencionadas no estudo com a turma de 2008 já eram percebidas pelos acadêmicos entrevistados em 2005. Em ambas, os entrevistados mencionaram a limitação da interação entre o profissional e o paciente nos setores de emergência, diante de doenças psiquiátricas, com pacientes portadores de doenças graves ou terminais, com pacientes agressivos e pacientes que buscam benefícios secundários ou exigem condutas especiais.

Além disso, outro fator limitante para uma boa interação, apontado pelos dois grupos, era a existência, em alguns casos, de preconceito por parte dos pacientes em serem atendido por estudantes. No atual estudo, o preconceito em ser atendido por mulheres jovens também foi apontado.

Ao refletirem sobre as atitudes frente a pacientes com câncer ou alguma doença incurável, em ambos os estudos, os estudantes mencionaram que buscavam apoiar e confortar os pacientes e familiares, procurando ter um maior cuidado na relação com esses, esclarecendo possíveis dúvidas, motivando e dando esperanças ao paciente. Muitos acadêmicos tinham a visão de que a atitude ao revelar o diagnóstico deveria variar de acordo com as condições emocionais do paciente. Ainda foi mencionado que antes da revelação diagnóstica, era importante preparar o paciente e reconhecer o que o paciente gostaria de saber.

Tantos os acadêmicos entrevistados em 2005, quanto àqueles entrevistados em 2008, demonstraram despreparo para comunicação de más notícias. Muitos gostariam que esse assunto fosse mais abordado durante o curso. Mesmo assim, ao refletir sobre a atitude a assumir, no estudo de 2008, a maioria dos estudantes enfatizou a importância de estabelecer um vínculo de confiança e acompanhar o paciente antes da revelação diagnóstica. Também nessa pesquisa, alguns acadêmicos mencionaram que a atitude assumida não diferiria daquela tomada diante de pacientes com outros diagnósticos ou melhores prognósticos. Esta observação não foi encontrada no estudo de Stoll. Nos dois grupos, mencionou-se a importância de valorizar e promover a qualidade de vida do paciente, esclarecendo-o sobre recebimento dos cuidados necessários. Os estudantes lembraram-se da importância do envolvimento da família na ocasião da comunicação diagnóstica. No atual estudo, o envolvimento da equipe de saúde também foi citado como importante no auxílio à comunicação de más notícias.

Muitos autores mencionam atitudes médicas necessárias para estabelecimento de uma relação adequada com o paciente, como tratá-lo com respeito;<sup>3, 5, 6, 38, 45</sup> escutá-lo atentamente,<sup>6, 8, 38, 45, 46</sup> evitando julgamentos;<sup>38, 45</sup> utilizar linguagem clara e acessível;<sup>38, 45</sup>

valorizar suas queixas;<sup>8, 38, 45</sup> tratá-lo com empatia,<sup>3, 5, 6, 8, 38, 45</sup> compreendendo a verdadeira dimensão de seu padecer.<sup>45</sup>

Uma pesquisa<sup>47</sup> realizada na Universidade Federal de Santa Catarina, com o objetivo de conhecer a percepção de mães sobre a consulta ideal e a assistência prestada a seus filhos por estudantes de Medicina, mostrou que essas estavam satisfeitas com o atendimento prestado e “os fatores que mais contribuíram para esta satisfação foram os interpessoais, como atenção, paciência, tranquilidade, descontração dos estudantes e orientações claras e acessíveis”<sup>47</sup>. Outro estudo<sup>48</sup> foi realizado com objetivo semelhante ao anteriormente citado, mas em relação à assistência prestada por estudantes de Medicina da décima primeira fase. Neste último, os resultados encontrados também mostravam que as mães estavam satisfeitas com o atendimento e apontavam o acolhimento, a atenção, a educação e o carinho dos acadêmicos, as explicações claras dadas por eles, como fatores determinantes para sua satisfação.

Lewis<sup>49</sup>, ao revisar estudos sobre a visão dos pacientes sobre a qualidade da assistência médica, verificou que a satisfação se relacionava com a competência interpessoal e técnica dos clínicos e com a relação de parceria baseada em conversas que abordassem aspectos sociais e assuntos agradáveis.

Na pesquisa<sup>37</sup> sobre relação médico-paciente desenvolvida com alunos do terceiro ano de Medicina da *Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo*, no Chile, os alunos destacaram a importância de atitudes como confidencialidade, respeito e privacidade dos pacientes. Silva<sup>50</sup> afirma que a comunicação efetiva, com palavras, gestos, toque e expressões faciais, é fundamental para o bom desenvolvimento da relação médico-paciente.

No estudo realizado por Pereira e Azevedo<sup>51</sup> sobre a visão dos pacientes internados em Unidade de Saúde no Acre quanto à relação médico-paciente, encontrou-se que os entrevistados esperam que o médico seja gentil, converse e forneça informações claras sobre o tratamento e seja solidário com o sofrimento do paciente. Os autores mencionam que para o desenvolvimento de uma boa relação com o paciente, o médico deve saber ouvir, ter paciência, demonstrar atenção e interesse.

Quanto às limitações enfrentadas no atendimento na emergência, segundo Sucupira<sup>46</sup>

nos serviços de pronto-atendimento, no modelo centrado na doença, calcado na díade queixa-conduta, o atendimento prestado resume-se a dar uma resposta imediata, visando despachar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. O foco é

a doença, e não o indivíduo. A baixa resolutividade desse modelo faz com que o paciente retorne várias vezes ao serviço, aumentando cada vez mais a demanda. Esse é um círculo vicioso que leva à insatisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Na pesquisa<sup>37</sup> sobre relação médico-paciente desenvolvida com alunos do terceiro ano de Medicina, no Chile, os estudantes relataram dificuldades para se relacionar com pacientes que não queriam ser entrevistados ou examinados por alunos. Estes estudantes percebiam que a recusa geralmente ocorria por cansaço ou pelo fato do paciente já ter sido exaustivamente examinado por outros estudantes. Nessa pesquisa, foram citadas outras situações diante das quais os estudantes não souberam como agir, tais como frente a pacientes com dificuldade de comunicação, pacientes terminais, pacientes com estado muito grave.

Segundo Wenrick et al,<sup>52</sup> pacientes com doenças sem perspectiva de cura, em estágio terminal, esperam que o médico seja honesto, esteja disposto a conversar e a ouvir o paciente. Os pacientes valorizam a esperança e querem que seu médico seja sensível ao comunicar más notícias.

Segundo Meier e Back,<sup>53</sup> as reações emocionais, frente a pacientes seriamente doentes, refletem vários aspectos sentidos pelos médicos, como a necessidade de resgatar o paciente, senso de falência, impotência, medo de ocorrer consigo o mesmo e até mesmo o sentimento de querer evitar o paciente à custa disso.

Assim, a comunicação de más notícias é considerada uma das tarefas mais difíceis realizadas pelo profissional de saúde. E apesar de requerer habilidade do médico na comunicação, a educação acadêmica oferece pouco treinamento formal para este tipo de contexto.<sup>54, 55, 56</sup>

Victorino et al<sup>54</sup> realizaram revisão bibliográfica sobre a comunicação de más notícias e sintetizaram algumas atitudes que facilitam essa comunicação: estabelecer uma relação médico-paciente adequada; conhecer a história médica do paciente; vê-lo como pessoa; preparar o ambiente (*setting*); reconhecer o quê e quanto o paciente quer saber; encorajar e validar as emoções do paciente e de sua família; ter atenção e cuidado com a família; e, planejar o futuro e o seguimento; trabalhar os próprios sentimentos.

Tapajós<sup>55</sup> aponta que “há, provavelmente, mais do que um jeito adequado de contar notícias ruins a um paciente. Além disso, o que funciona para uma relação médico-paciente específica pode não funcionar para outra, na medida em que pacientes e médicos são humanamente diversos”. São situações que devem induzir reflexão e reconhecimento de sentimentos. Por outro lado, essas atividades devem repousar sobre algum tipo de esqueleto

ou arcabouço teórico que proveja princípios básicos que possam ser evocados e aplicados dentro de certos limites.

Lee et al<sup>56</sup> concordam com Tapajós<sup>55</sup> ao mencionarem que não há um método ideal para revelação de más notícias, pois os pacientes diferem em como querem ouvi-las. No entanto, todos os pacientes compartilham do desejo por honestidade, respeito e compaixão por parte dos cuidadores.

Diante da impossibilidade de cura é necessário que os profissionais de saúde assegurem os cuidados paliativos necessários para preservação da qualidade de vida do paciente.<sup>57</sup> Quanto aos cuidados ao paciente terminal, Saunders<sup>58</sup> coloca: “quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte”.

#### **5.4. O processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente vivenciado e o desejado**

Quanto à percepção sobre o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, em ambas os grupos, o aspecto mais mencionado foi o aprendizado através de modelos, com a observação de atitudes de médicos, professores e colegas. Havia, além disso, reflexões sobre a insuficiência de bons exemplos a serem seguidos. Alguns entrevistados apontaram a importância da relação professor-aluno que, muitas vezes, serve como modelo de atitudes a serem assumidas frente aos pacientes.

Os estudantes citaram, com frequência, o aprendizado através dos atendimentos realizados na prática diária e através dos relacionamentos pessoais prévios. O aprendizado através de atividades teóricas foi mencionado de forma menos expressiva. Alguns estudantes enfatizaram que a relação médico-paciente não pode ser ensinada durante o curso de Medicina, por acreditarem que o fato de terem ou não uma boa relação médico-paciente é dependente da educação familiar que receberam e/ou da personalidade de cada pessoa.

Os dois grupos também citaram que o fato de eles mesmos vivenciarem enfermidades eventualmente, serviria como auxílio para entender a relação médico-paciente. Também mencionaram a importância de avaliar através de reflexão e autocrítica como foi a relação médico-paciente vivenciada.

Em ambos os estudos, a maioria dos acadêmicos gostaria que a relação médico-paciente fosse mais abordada durante o curso. Foi sugerida maior orientação e supervisão do

desenvolvimento da relação médico-paciente ao longo do curso e ensino mais vinculado ao período de vivência prática. E como citado, gostariam que houvesse maior abordagem sobre como proceder diante de pacientes com câncer, doenças incuráveis e pacientes terminais.

Foi sugerido, por exemplo, aumento do número de aulas práticas, incentivando o contato com o paciente. Outros gostariam de aprender através do compartilhamento de experiências (mais citado no estudo atual) e alguns acharam que as atividades teóricas poderiam melhorar o aprendizado. No estudo de Stoll, além disso, os estudantes sugeriram a criação de um módulo ou disciplina para abordar a questão.

Segundo a pesquisa de Stoll, alguns alunos gostariam que os professores valorizassem as habilidades comunicacionais dos estudantes, além das habilidades técnicas e do conhecimento científico. Alguns acreditavam também ser importante o preparo dos professores, para que pudessem abordar o ensino da relação médico-paciente. Estas sugestões não foram mencionadas pela turma de 2008.

No presente estudo, os benefícios da reforma curricular para o ensino-aprendizado da relação médico-paciente, segundo os estudantes foram o contato precoce com comunidade e os pacientes na ULS e a abordagem do tema em aulas teóricas ou em discussões em sala de aula nas primeiras fases do curso.

Segundo Musso e Enz<sup>45</sup>, o médico ao desenvolver atitudes terapêuticas, baseia-se em atributos pessoais incorporados desde a infância, através da educação familiar, mas que também podem ser adquiridos ou aperfeiçoados durante a vida profissional. Questão corroborada por Grosseman<sup>22</sup> ao afirmar que “ainda que a educação recebida ao longo de toda vida tenha grande influência nas atitudes médicas, o estudante de medicina e o médico podem aperfeiçoar a relação médico-paciente, conhecendo os fatores que a influenciam e elaborando estratégias para lidar com eles.

Sucupira<sup>46</sup> afirma que a inserção do ensino da relação médico-paciente deva ocorrer em duas instâncias.

Do ponto de vista teórico, é fundamental a introdução, no currículo, de saberes próprios às áreas de humanidades, com conteúdos voltados para a relação entre esses atores, tais como: psicologia, sociologia, antropologia e comunicação. Em relação à prática, é importante a observação de consultas realizadas pelos alunos, tanto diretamente, como por meio de videofilms.

Ruiz Moral<sup>59</sup> destaca algumas medidas para melhoria do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: incorporação precoce do estudante na prática médica, maior

liberdade para modificações curriculares, professores adequadamente capacitados, uso de metodologia docente interativa e centrada no estudante.

A introdução de conteúdos relacionados às chamadas humanidades médicas também é crucial na formação do médico, “quer seja como um meio (por exemplo, o uso da literatura e cinema em aulas) ou um fim (sensibilidade artística é condição indispensável ao médico)”.<sup>60</sup>

A abordagem de pacientes com doenças incuráveis e terminais é uma tarefa difícil e prevalente do trabalho médico, por isso a importância da preparação dos estudantes de medicina para realizá-la com competência. Segundo Tapajós<sup>55</sup>, “como uma forma de comunicação humana, a comunicação de notícias ruins tem aspectos semânticos, sintáticos e pragmáticos. Apontá-los e usá-los no formato instrucional de discussão em pequenos grupos pode constituir rica experiência educacional”.

É importante que o ensino de habilidades comunicacionais faça parte da formação médica. Nesse sentido, durante a Conferência Internacional sobre o Ensino da Comunicação em Medicina (Oxford, 1996),<sup>61</sup> recomendações para o desenvolvimento e a implementação de programas de ensino e avaliação da comunicação foram geradas: o ensino e a avaliação devem ser baseados numa visão ampla da comunicação na medicina; o ensino das habilidades de comunicação e o ensino clínico devem ser consistentes e complementares; o ensino deve definir tarefas de comunicação centradas no paciente e ajudar os estudantes a atingi-la; o ensino e a avaliação da comunicação devem promover o crescimento pessoal e profissional; deve haver uma estrutura de ensino planejada e coerente; a habilidade dos estudantes em alcançar os objetivos de comunicação deve ser avaliada diretamente; os programas de ensino e avaliação devem ser avaliados; deve-se apoiar e angariar recursos para o desenvolvimento de professores.

Quanto ao melhor preparo dos docentes, na pesquisa<sup>37</sup> realizada no Chile, alguns estudantes destacaram também atitudes negativas de seus tutores, ressaltando a necessidade de melhorar a preparação dos docentes, já que parte importante do aprendizado surge a partir dos exemplos.<sup>37, 62</sup>

O aperfeiçoamento dos professores é um componente crucial no desenvolvimento do ensino da comunicação. Enquanto muitos professores demonstram excelentes habilidades de comunicação a maioria desconhece as diretrizes atuais.<sup>63</sup> Consequentemente, o feedback dos professores para os alunos é altamente variável e inconsistente.<sup>64</sup>



## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização de estudo de caso com análise qualitativa dos dados obtidos possibilitou alcançar os objetivos almejados, foi possível conhecer e avaliar a percepção de estudantes de Medicina da UFSC sobre aspectos do processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular.

Percebe-se que ambos os grupos têm percepção similar sobre o valor, as possibilidades, limitações sentidas e aspectos que contribuem ou são necessários para o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

Entre as sugestões para a melhoria do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, podemos destacar: maior orientação e supervisão do desenvolvimento da relação ao longo do curso, ensino mais vinculado ao período de vivência prática, incentivo ao contato com o paciente, compartilhamento de experiências, abordagem de pacientes com doenças incuráveis ou terminais.

Na avaliação foi percebido com os depoimentos dos estudantes do currículo atual o avanço no desenvolvimento do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente proporcionado pelas práticas nas ULS no módulo Interação Comunitária. Isto representa uma conquista da reforma curricular e confirma o valor da sugestão que os estudantes do currículo anterior fizeram sobre a necessidade de contato precoce com o paciente e a comunidade para promover a aprendizagem da relação médico-paciente.

As expectativas quanto ao estudo foram superadas, pois além de possibilitar maior conhecimento sobre relação médico-paciente, através das entrevistas realizadas, do trabalho realizado por Carolina Stoll, das conversas com minhas orientadoras e da busca na literatura; ele possibilitou reflexão e autocrítica sobre a minha relação estudante-paciente. Além disso, foi muito prazeroso perceber que apesar das dificuldades e limitações no ensino, a Interação Comunitária surge como uma esperança de melhora da qualidade do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

Percebe-se, no entanto, a necessidade de inclusão do ensino de habilidades comunicacionais e aperfeiçoamento do ensino através de treinamento adequado de docentes, para que esses possam servir como bons modelos, ao se relacionarem adequadamente não somente com os pacientes, mas também com os alunos.

A constatação de bons resultados da prática médica baseada na confiança entre médico e paciente, a qual pode ser mais bem aprendida na Interação Comunitária, pode ser um importante passo na trajetória do resgate da consideração pela subjetividade do paciente no processo ensino-aprendizagem da UFSC. Faz-se necessário, porém, a introdução de outras estratégias de ensino-aprendizagem da relação ao longo do curso. Entre elas estão a construção de uma relação de parceria entre professores e alunos, o desenvolvimento docente para as habilidades comunicacionais e supervisão contínua das atividades do estudante, que propicie reflexões sobre os fenômenos vivenciados, para que se lapide a relação médico-paciente, que é a “pedra angular” da prática médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico [tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
2. Bascunan RM. [Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction]. *Rev Med Chil.* 2005; 133(1):11-6.
3. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2 ed. Rio de Janeiro; 1988.
4. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina – uma abordagem. *Rev Interface (Botucatu).* 2006; 10(19): 93-102.
5. Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas conseqüências para o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd.* 2006; 30(2): 93-97.
6. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Rev Brasília Méd.* 1999; 33(3/4): 69-71.
7. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1): 139-146.
8. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(3): 647-654.
9. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj.* 1995; 152(9):1423-33.
10. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *Jama.* 1994; 272(20):1619-20.
11. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *Bmj.* 2002; 325(7366):697-700.
12. Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol.* 2003; 1(3):206-15.
13. Dubé CE, O'donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Acad. Med.* 2000; 75(7): 45-54.
14. Brody DS, Ryan K, Kuzma MA. Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings. *Fam Med.* 2004; 36 Suppl:S105-9.
15. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama.* 2003; 290(9):1157-65.

16. Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med*. 2004; 79(8):737-43.
17. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *Jama*. 1984; 252(17):2441-6.
18. Ley P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom-Helm; 1988.
19. Education LCoM. Functions and Structure of a Medical School. Washington DC; 1998.
20. Makoul G. Report III. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association American Medical Colleges; 1999.
21. Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes da última fase do curso de medicina da Universidade federal de santa catarina [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2005.
22. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(3): 301-308
23. Stella RCR. Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Medicina. 2000.
24. Comissão Permanente de Mudanças Curriculares; Pereima MJL, relator. [Proposta de mudanças curriculares apresentadas pela Comissão Permanente de Mudanças Curriculares ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis: UFSC; 2002
25. Comissão de Reforma Curricular. Projeto pedagógico do Curso de Medicina: um novo currículo. Fortaleza: UFC; 2001. 72p.
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
27. Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto editora, 1994.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1997.
29. Comissão Permanente de Mudanças Curriculares; Pereima MJL, relator. [Proposta de mudanças curriculares apresentadas pela Comissão Permanente de Mudanças Curriculares ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis: UFSC; 2002.

30. MEC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/diretrizes.html>. Acesso em: abr. 2009a.
31. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31(1): 52-59.
32. Van Onselen LES, D'Elia G. Avaliação de um programa pedagógico para internos de pediatria em atuação comunitária. Rev Bras Educ Méd. 2006; 30(3): 192-199.
33. Wilson NW, Bouhuijs PA, Conradie HH, Reuter H, Van Heerden BB, Marais B. Perceived educational value and enjoyment of a rural clinical rotation for medical students Rural Remote Health 2008; 8(3):999.
34. Botsaris AS. Sem Anestesia: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
35. Leite RC, Makuch MY, Petta CA. A comunicação médico-paciente em consulta por infertilidade conjugal. Rev Femina. 2004; 32(1): 47-52.
36. Franco ALS, Alves VS. A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. Rev PSICO. 2005; 36(1): 99-106.
37. Beca JP, Browne F, Repetto P, Ortiz A, Salas C. Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los Estudiantes. Rev Méd Chile. 2007; 135: 1503-1509.
38. SANTOS, NS. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção; 2004.
39. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 775-782.
40. Leininger M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: Anais do Seminário de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1985.
41. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. J R Coll Gen Pract 1979;29(199):77-81.
42. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. Gen Hosp Psychiatry 1988; 10(2):79-87.
43. Pascoe JM, Babbott D, Pye KL, Rabinowitz HK, Veit KJ, Wood DL. The UME-21 project: connecting medical education and medical practice. Fam Med 2004; 36 Suppl:S12-4.
44. Whalen GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: Clinical skills assessment prototype. Medical Teacher 1999; 21:156-160.

45. Musso CG, Enz PA. Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico. Comité de Bioética (C.G.M.). Servicio de Dermatología (P.A.E.). Hospital Italiano de Buenos Aires. 2006; 26(2).
46. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface (Botucatu). 2007; 11(23): 624-627.
47. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. Rev Bras Educ Méd. 2006; 30(2): 49-55.
48. Cardoso PM, Grosseman S, Robles ACC. Percepção de mães sobre o atendimento prestado a seus filhos por acadêmicos da 11ª fase em um ambulatório de pediatria. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2007; 36(3).
49. Lewis JR. Patients views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med. 1994; 39 (5): 655-670.
50. Silva HR. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(4).
51. Pereira MGA, Azevedo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. Rev Assoc Méd Bras. 2005; 51(3): 153-7.
52. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. Arch Intern Med 2001; 161(6):868-74.
53. Meier ED, Back AL. The Inner Life of Physicians and Care of Seriously III. JAMA. 2003 dec 19; 286(23): 3007-14.
54. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Rev SBPH. 2007; 10(1): 53-63.
55. Tapajós R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. Interface Comun Saúde Educ. 2007; 11(21):165-172.
56. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. Hematology (Am Soc Hematol Educ Program) 2002:464-83.
57. Furlani M. Pacientes sem perspectiva de cura: aprendendo com pediatras e clínicos. [Monografia] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
58. Saunders C. Hospice and palliative care: na interdisciplinary approach. London: Edward Arnold; 1991.

59. Ruiz-Moral R. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. Interface Comun Saúde Educ. 2007; 11(23): 619-623.
60. Filho JMC. Relação médico-paciente: a essência perdida. Interface Comun Saúde Educ. 2007; 11(23):631-633.
61. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns. 1999; 37(2):191-5.
62. Vieira JE, do Patrocínio Tenório NM, de Arruda MM. Directing student response to early patient contact by questionnaire. Medical Education. 2003; 37: 119-25.
63. Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert C, Brody D. Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. Fam Med. 2004; 36 Suppl:S43-50.
64. Buyck D, Lang F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. Fam Med. 2002; 34(5):337-43.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.



## **ANEXO 1**

### **Questionário**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO ACADÊMICO**

Pseudônimo:

Idade:

#### **VISÃO E CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES**

- 1) O que representa, para você, a relação médico-paciente? Qual o valor da relação médico-paciente?
- 2) Como se dá a tua relação médico-paciente?
- 3) Em que situações você sente dificuldade de se relacionar com o paciente?
- 4) Quais atitudes o médico pode tomar para desenvolver um bom relacionamento com o paciente?
- 5) Que atitude você assume quando vai abordar um paciente com câncer ou com alguma doença incurável?
- 6) Como a relação médico-paciente é aprendida?
- 7) Como você a aprendeu durante e fora do curso?
- 8) O que/como você gostaria de ter aprendido sobre a relação médico-paciente? O que você sugere que possa ser feito durante o curso?
- 9) Gostaria de acrescentar mais algum comentário/fazer alguma pergunta?

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Fabíola Schaufller Stock e estou desenvolvendo a pesquisa “Avaliação da percepção de estudantes do último semestre do curso de medicina sobre o ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente”. Esse estudo é necessário pois é preciso conhecer como ocorre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente no curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e quais as diferenças ocorridas nesse processo após a implantação do currículo integrado modular do curso de medicina em 2003.

Serão realizadas entrevistas gravadas com estudantes de medicina da décima segunda, sorteados aleatoriamente, que responderão a um questionário pré-estabelecido. Esse estudo não acarreta riscos, nem desconfortos aos entrevistados. Esperamos que forneça subsídios para a realização de ajustes no modelo pedagógico do novo currículo. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo fone (48) 99444762 ou (48) 32237583. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações coletadas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

\_\_\_\_\_  
Fabíola Schaufller Stock  
Pesquisador principal

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Suely Grosseman  
Pesquisadora responsável

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Avaliação da percepção de estudantes do último semestre do curso de medicina sobre o ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, agosto de 2008.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_